

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 35

DU DIAGNOSTIC

DE

LA PSEUDO-MÉNINGITE HYSTÉRIQUE

AVEC

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 12 JUILLET 1893

PAR

Auguste MONESTIER

Né à Millau (Aveyron)

INTERNE A L'HÔPITAL GÉNÉRAL (Concours 1891)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. * *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MAIRET, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, agrégé.
BERTIN, professeur.	SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. MONESTIER.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

Doyen de la Faculté de médecine.

A MES MAITRES

A. MONESTIER.

INTRODUCTION

Pendant que nous étions interne intérimaire dans le service de M. le professeur Mairet, il nous a été donné d'observer avec notre collègue d'alors, le docteur Bosc, une malade morte de méningite tuberculeuse, à forme anormale, présentant certains symptômes qu'on aurait pu attribuer à l'hystérie.

Le diagnostic, déjà si difficile entre la méningite tuberculeuse et les accidents pseudo-méningitiques dans l'hystérie, ne fut possible à faire ici que les derniers jours de la maladie.

Vivement frappé par la marche si singulière qu'avait prise dans ce cas la méningite, marche qui nous avait laissé pendant quelque temps dans une fausse sécurité, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas quelques signes permettant de faire le diagnostic.

On comprend toute l'importance de ce diagnostic pour le médecin et à quels déboires il s'expose, s'il se trompe.

Nous nous proposons dans ce travail d'essayer d'en marquer les principales règles, et pour y arriver nous adopterons la marche suivante :

Nous ferons, d'abord, l'historique rapide des syndromes de l'hystérie simulateurs des lésions organiques du système nerveux, en insistant particulièrement sur les pseudo-méning-

gites, puis nous étudierons l'histoire des formes anormales de la méningite tuberculeuse.

Nous nous demanderons ensuite s'il y a des méningites tuberculeuses pouvant simuler l'hystérie

Nous étudierons la pseudo-méningite hystérique et la méningite tuberculeuse dans leurs principaux caractères.

Enfin, nous tâcherons par des observations de faire le diagnostic entre ces deux maladies et nous parlerons du pronostic et du traitement dans les deux cas.

Avant de quitter cette École, qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement notre savant maître M. le professeur Mairat, doyen de la Faculté, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, pour toute l'attention qu'il n'a cessé de nous témoigner et les bienveillantes leçons qu'il nous a données pendant notre internat.

Nous remercions aussi tous les Maîtres de cette École, ainsi que notre excellent ami le docteur Bosc, chef de clinique, qui a recueilli l'observation qui nous a inspiré cette thèse et a bien voulu nous la communiquer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC

DE LA PSEUDO-MÉNINGITE HYSTÉRIQUE

AVEC

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

CHAPITRE PREMIER

I

Historique des syndromes simulateurs de l'hystérie

Il y a longtemps déjà que Sydenham a dénoncé l'hystérie comme la grande simulatrice. Il a montré qu'elle n'était pas seulement très fréquente, mais que ses formes étaient très diverses, et qu'elle pouvait simuler toutes les maladies. Lorsque, en examinant un malade, il ne trouvait rien se rattachant aux maladies connues, il posait le diagnostic d'hystérie. Il nous mettait déjà en garde contre beaucoup de symptômes alarmants, mais sans nous donner les règles permettant d'éviter les erreurs de diagnostic.

Depuis lors, grâce à de nombreux travaux, grâce à l'École

de la Salpêtrière, grâce aux travaux de Grasset, de Pitres et de plusieurs autres, les stigmates de l'hystérie nous sont connus, et nous permettent d'abandonner ce diagnostic par exclusion.

Nous savons par exemple qu'il existe des gastralgies, des hématomèses, des vomissements hystériques, une toux, des hémoptysies hystériques, et grâce aux stigmates que nous connaissons, et en l'absence de lésions appréciables, nous trouvons la cause de ces manifestations et nous éloignons l'idée d'une maladie de l'estomac, ou d'une affection tuberculeuse des poumons.

Il semblerait que, depuis Sydenham, il dût y avoir beaucoup de travaux publiés sur ce sujet, et qu'on dût pouvoir diagnostiquer tout ce que l'hystérie peut simuler. Il n'en est rien cependant, et nos connaissances sont restreintes sur ce sujet, en particulier, en ce qui concerne les maladies du système nerveux.

Ce n'est que depuis ces dernières années, depuis que l'hystérie est mieux étudiée, depuis surtout qu'on connaît la physiologie de la moelle, et qu'on commence à connaître les fonctions et les localisations cérébrales, que les travaux se sont multipliés.

Nous savons maintenant que, si l'hystérie peut simuler les maladies organiques du système nerveux, elle peut aussi s'associer à ces maladies, ou même donner naissance à des lésions. Charcot, d'une part, dans la *Gazette hebdomadaire* de 1865, a démontré qu'il pouvait y avoir de véritables associations pathologiques, et que l'hystérie pouvait créer des lésions et se combiner avec elles ; d'autre part, M. le professeur Grasset (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1879, livre II, p. 608, et *Montpellier médical*, 1892) rapporte des observations où l'hystérie a suivi les lésions.

Depuis lors, plusieurs auteurs se sont occupés de distin-

guer ces symptômes hystériques des symptômes occasionnés par des lésions du système nerveux.

Le docteur David, dans sa thèse inaugurale, sous l'inspiration de Legrand du Saulle et de l'École de la Salpêtrière, distingue l'aphasie hystérique des autres aphasies. Il nous montre, après Jaccoud (*Cliniques de Lariboisière*), qu'il y a lieu d'opposer à l'aphasie organique une aphasie par troubles fonctionnels, que cette aphasie fonctionnelle est toujours passagère, de durée variable et qu'elle survient dans les névroses convulsives, à la suite de convulsions ou d'émotions morales vives. Leur début est aussi rapide, la suppression du langage est aussi complète que dans les aphasies par lésions organiques.

Le docteur Lober, en 1886, dans sa thèse d'agrégation, étudie les paralysies, les contractures, les affections douloureuses chez les hystériques.

Le docteur Tournant, dans sa thèse inaugurale (1892), nous montre que l'hystérie peut simuler la paralysie alterne signalée par Millard-Gubler, comme causée par une lésion bulbo-protubérancielle et caractérisée par une paralysie faciale totale d'un côté et par une paralysie des membres du côté opposé du corps.

Souques (Th. 1892) montre l'hystérie présentant les symptômes de la sclérose en plaques, de la paraplégie, du tabès, de l'amyotrophie.

Chantemesse et Vidal, dans leur communication à la Société médicale des hôpitaux (28 mars 1890), ont donné une preuve évidente que l'hystérie peut simuler les troubles qui caractérisent les névrites périphériques.

Tout récemment encore, le docteur Bardol, dans sa thèse, ne nous montre-t-il pas l'hystérie chez les enfants simulatrice des maladies organiques de l'encéphale, que ces mala-

dies soient dues à des lésions en foyer ou à des lésions disséminées?

Enfin nous savons qu'on a signalé des accidents pseudo-méningitiques dans l'hystérie.

Nous allons étudier l'historique de ces accidents.

II

Historique de la pseudo-méningite hystérique

On ne retrouve dans la littérature médicale que peu d'observations de pseudo-méningite chez les hystériques, mais les faits qui ont été publiés sont si nets qu'on peut mettre hors de doute l'existence de ces syndromes.

Fièvre, constipation, vomissements et céphalalgie, tels sont les principaux symptômes présentés par cette forme clinique.

Nous savons aujourd'hui que la fièvre hystérique peut exister : « Dans quelques cas rares, ou plutôt à certaines périodes, on peut observer la fièvre chez les hystériques » (Grasset). Huchard, dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld, admet l'existence de cette manifestation fébrile, bien qu'elle soit fort rare. Cette fièvre hystérique, d'après lui, peut se présenter sous trois formes : « 1° Une forme lente, caractérisée par un état hystérique irrégulier, par des accidents nerveux divers et surtout par la gravité apparente des symptômes et le faible degré de la température, qui ne dépasse pas 38°2 à 38°4; 2° une forme aiguë, consécutive le plus souvent à la suppression du flux cataménial, et ayant quelques points de ressemblance avec la dothiéntérie; 3° une forme périodique à type quotidien, mais le plus souvent à type tierce. »

Briand, dans sa thèse inaugurale (1877), a étudié la fièvre hystérique : il en distingue trois formes comme Huchard, mais il fait ressortir que cette fièvre hystérique peut être secondaire et sous la dépendance d'une affection concomitante.

Enfin Debove et Barrié, dans plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux, ont cité des exemples ne permettant plus de douter de l'existence de cette fièvre hystérique.

Les vomissements sont bien connus depuis que l'hystérie a été mieux étudiée et qu'on a su les distinguer de ceux produits par des maladies de l'estomac. Ils se font facilement, sans effort. Ils peuvent être incomplets, c'est-à-dire se borner à une simple contracture de l'estomac, sans rejet de matières. « Le malade sent au creux épigastrique une sensation de contraction profonde ; l'estomac se serre » (Grasset).

Lorsque les vomissements sont complets, ils peuvent se renouveler pendant des mois entiers, sans que la nutrition en souffre beaucoup, et sans qu'il y ait amaigrissement notable, tant la dénutrition est lente chez les hystériques. Chez eux aussi la constipation est la règle.

La céphalalgie est fréquente chez ces malades. Briquet l'a vue 300 fois sur 356 cas ; elle revêt diverses formes : elle peut être générale, mais elle se présente souvent sous forme de migraine ou sous forme de douleur localisée, de clou hystérique, dont les sièges les plus fréquents sont la région temporale ou la région sincipitale.

Cette céphalalgie, dit Gilles de la Tourette, coexiste souvent avec la présence de zones hyperesthésiques et hystérogènes siégeant au même endroit.

Nous venons de voir que la céphalalgie, les vomissements et la constipation sont fréquents dans l'hystérie. Si à ces symptômes vient s'ajouter la fièvre, n'aurons-nous pas un

état pathologique ressemblant à la méningite tuberculeuse ? C'est cet état qu'on a désigné sous le nom de pseudo-méningite et qui peut simuler la méningite tuberculeuse avec tous ses symptômes et ses complications.

Boissard, Chantemesse, Dalché, Reynaud, Ollivier, Huchard et quelques autres depuis, ont cité des cas de ce syndrome hystérique.

Le docteur Macé, dans sa thèse, en a réuni plusieurs. Enfin, tout dernièrement, le docteur Bardol en a cité des exemples chez les enfants. Nous emprunterons à ces auteurs quelques-unes de leurs observations, nous les analyserons et nous pourrons après les comparer avec nos observations de méningite tuberculeuse.

III

Historique des formes anormales de la méningite tuberculeuse.

Des auteurs nombreux ont étudié la méningite tuberculeuse, et il semble que ce sujet devrait être complètement épuisé et cette maladie parfaitement connue.

Il n'en est rien pourtant, et, si l'étude de la méningite tuberculeuse de l'enfant est à peu près complète, il n'en est pas ainsi de celle de l'adulte, et, de longtemps encore, ce chapitre de la pathologie ne sera complet.

L'inflammation tuberculeuse des méninges, si féconde en surprises, lorsqu'elle atteint les enfants, l'est bien plus lorsqu'il s'agit des adultes, et l'on peut dire que, dans ce dernier cas, il n'y a pas une maladie mais bien des maladies. « Dans un très petit nombre de cas, dit M. le professeur Jaccoud

(*Cliniques de la Pitié*), un certain rapprochement relie la méningite de l'adulte et celle de l'enfant, mais les caractères quasi constants chez l'adulte sont des irrégularités fécondes en surprises, des symptômes insolites et des allures toutes spéciales qui déroutent le diagnostic. »

Pourquoi ces manifestations si diverses, pourquoi ces irrégularités ?

C'est que la méningite tuberculeuse n'est pas toujours limitée aux méninges de la base de l'encéphale, c'est qu'elle peut atteindre indifféremment avec plus d'intensité telle ou telle partie de la convexité des hémisphères et rester ainsi longtemps sans se manifester par des troubles graves jusqu'à ce que, l'inflammation ayant atteint la base, la maladie se termine rapidement par la mort.

Beaucoup d'auteurs ont étudié la méningite tuberculeuse à un point de vue voisin du nôtre.

Déjà, en 1830, Dance, étudiant l'hydrocéphalie aiguë, cite un cas où la maladie s'est terminée en cinq jours par la mort.

Valleix trouve que l'inflammation des méninges chez l'adulte est de nature tuberculeuse.

En 1855, dans un mémoire, Surmay écrit qu'il arrive souvent que la maladie présente tous ses symptômes dans un ordre inattendu. Il cite deux observations où la mort est survenue en deux ou cinq jours, et une où, la cause de la mort paraissant être une attaque d'apoplexie, on a retrouvé à l'autopsie une méningite tuberculeuse.

Jusqu'en 1868, personne n'avait vu que le processus inflammatoire pouvait intéresser l'écorce grise cérébrale, et c'est Hayem, le premier, qui décrit l'encéphalite consécutive à l'inflammation des méninges.

Pour Rendu, il ne s'agirait pas d'inflammation de la substance grise et les paralysies seraient dues à une nécrobiose

produite par l'inflammation et l'obturation des petits vaisseaux.

Landouzy, dans sa thèse, étudie les paralysies et les convulsions survenant au cours de la méningite et attribue les convulsions à une excitation simple des cellules nerveuses fronto-pariétales, les contractures à une irritation prolongée et la paralysie à leur destruction.

Chantemesse, dans sa thèse inaugurale, se range à l'opinion de Hayem et admet avec lui l'inflammation tuberculeuse de la substance grise. Il montre, de plus, que la localisation de la méningite tuberculeuse, dans l'espace interpédunculaire, n'est pas constante, que les tubercules peuvent occuper telle ou telle région de la substance corticale, s'y localiser et produire des symptômes en rapport avec cette localisation. Il distingue des méningites tuberculeuses dans lesquelles les tubercules peuvent rester silencieux pendant un certain temps et se manifester subitement, soit par une hémorragie méningée qu'ils ont provoquée, soit par une attaque apoplectiforme ou épileptiforme. Enfin, il établit deux nouvelles formes : la première dans laquelle les phénomènes médullaires ouvrent la scène et sont prédominants ; la seconde caractérisée par l'apparition lointaine de troubles de l'intelligence et dont la terminaison se fera à plusieurs mois et même plusieurs années de distance par l'inflammation aiguë de la pie-mère.

Le docteur Vivant, en 1886, étudie dans sa thèse inaugurale la forme apoplectique de la méningite tuberculeuse. Dans cette forme, les prodromes sont presque constants (céphalalgie, changement de caractère, troubles de l'intelligence, tremblements) ; l'attaque mérite le nom d'attaque apoplectiforme par son début brusque, la résolution musculaire et l'affaïssissement intellectuel qu'elle provoque. Cet état s'accompagne parfois du cri hydrencéphalique. La terminaison est tou-

jours funeste et la mort survient d'habitude de vingt-quatre heures à huit jours après l'attaque. Exceptionnellement, elle n'est survenue que le trente-huitième jour.

Le docteur Juvigny (thèse 1886) publie quelques observations de formes anormales dans lesquelles la méningite tuberculeuse a pu être confondue avec l'apoplexie, avec un embarras gastrique, avec la fièvre typhoïde, avec le *delirium tremens*.

Le docteur Morel (thèse 1887) fait une étude à peu près analogue.

Le docteur Lyonnel-Méloir (thèse 1888) montre l'existence d'une forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte, très difficile à diagnostiquer de l'épilepsie vraie.

Tout dernièrement, un de nos savants maîtres de la Faculté, M. le professeur agrégé Sarda, dans le *Montpellier médical* (1888) fait une étude sur les formes anormales et la curabilité de la méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte. Dans ce travail, il publie une observation dans laquelle la maladie revêt au début le masque de la fièvre typhoïde, et une autre caractérisée par un début brusque par crise épileptique, par du délire, où la guérison survint.

Enfin, beaucoup d'autres auteurs ont étudié ces formes anormales de la méningite.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La méningite tuberculeuse peut-elle simuler certaines formes de l'hystérie ?

La méningite tuberculeuse, chez l'enfant, revêt presque toujours la même forme. Après une période prodromique, plus ou moins longue, caractérisée par divers troubles physiques ou psychiques, la maladie éclate. On voit alors se dérouler le plus souvent les trois périodes de la maladie : agitation, dépression, paralysies. Il n'en est plus ainsi chez l'adulte, et autant nous voyons l'évolution chez l'enfant se faire régulièrement, autant nous la verrons ici varier dans sa forme et dans ses manifestations.

C'est que, chez l'enfant, la tuberculose méningée s'accompagne toujours d'inflammation intense, c'est que cette inflammation siège toujours au même endroit, à la base de l'encéphale, dans la région bulbo-protubérancielle.

Chez l'adulte, au contraire, il est fort rare de voir la maladie suivre une marche aussi régulière. Jaccoud nie même la possibilité de cette évolution de la maladie : « Jamais, dit-il dans ses *Cliniques* de la Pitié, jamais, entendez-vous bien, la méningite de l'adulte ne reproduit le tableau clinique de celle de l'enfant. »

D'où vient cette marche différente de la maladie ? Quelle peut être l'influence de l'âge sur la localisation ? On a prétendu que, chez les enfants, le bacille pénétrait plus facilement par la lame criblée de l'ethmoïde : d'où localisation de la maladie à la base de l'encéphale. On a dit aussi que, chez l'adulte, la localisation fréquente à la convexité et à la région fronto-pariétale était due au travail intellectuel et psycho-moteur plus actif qui en faisait un lieu de moindre résistance, tandis qu'il n'en était pas ainsi chez les enfants.

Ces raisons nous paraissent tout au moins sans fondement. Pourquoi le bacille choisirait-il plutôt chez l'un que chez l'autre comme porte d'entrée la lame criblée de l'ethmoïde ? Le travail intellectuel et psycho-moteur est-il moindre chez les enfants que chez les adultes ?

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, l'expérience nous prouve que la convexité de l'encéphale est le plus souvent atteinte chez l'adulte. Mais ce n'est pas la seule différence qui existe entre la méningite tuberculeuse de l'adulte et celle de l'enfant.

Chez celui-ci, nous l'avons vu, la méningite se localise plus spécialement à la base et produit une inflammation franche avec exsudat grisâtre plus ou moins abondant. Les granulations sont grises, demi-transparentes, à peine visibles à l'œil nu. Elles sont en assez grand nombre, on en trouve un peu partout, surtout à la base et dans la scissure de Sylvius. Elles siègent sur la gaine lymphatique des vaisseaux, et par leur présence peuvent produire des thromboses artérielles auxquelles Rendu fait jouer un grand rôle, puisqu'elles produiraient à leur tour des foyers de ramollissement.

Si, chez l'adulte, on peut encore rencontrer cette forme mais à prédominance à la convexité, il arrive souvent aussi que la tuberculose se localise en un point très petit de la surface encéphalique, sans participation des autres parties et sous

forme de nodules ou de plaques. De plus, ces plaques et ces nodules peuvent ne pas s'accompagner de réaction inflammatoire de voisinage, ou, si cette réaction existe, elle demeure limitée comme eux en un espace très restreint.

Le tubercule joue ici le rôle de tumeur cérébrale, et, pour nous servir de l'expression de Chantemesse, il y a non pas une méningite tuberculeuse, mais une véritable tuberculeuse méningée.

Comme pour les tumeurs cérébrales, comme pour toutes les lésions de l'écorce, les symptômes vont varier avec le siège de la lésion. Les centres cérébraux entrent en jeu et fournissent à la maladie un de ses plus importants caractères. Si la base du cerveau, l'espace interpédonculaire, le bulbe et la protubérance sont respectés ou peu atteints, s'il n'y a sur la face convexe des hémisphères que quelques granulations isolées et s'il n'y a qu'une région de la pie-mère infiltrée de tubercules, de pus et de fibrine, on comprend quelle différence dans les symptômes cette localisation apportera et on peut supposer des modifications aussi nombreuses qu'il y a de points de la substance cérébrale chargés de fonctions différentes.

On peut concevoir que cette infiltration localisée puisse simuler les autres lésions organiques localisées et on voit, en effet, cette méningite produire l'aphasie, les paralysies, les convulsions, les contractures, etc., comme le ferait le ramollissement ou une tumeur cérébrale.

Bien plus, il peut arriver qu'elle simule certains symptômes dus à des lésions seulement fonctionnelles, comme dans les névroses, puisque nous savons que les symptômes sont en rapport, non avec la nature, mais avec le siège de la lésion.

Il arrive aussi que la méningite ne reste pas cantonnée en un seul endroit; plusieurs points de l'encéphale peuvent être ainsi le siège d'une localisation. Il y aura tout autant de sym-

ptômes et il pourra se faire qu'ils se classent et se combinent de façon à simuler une névrose comme l'hystérie.

« Les symptômes d'une maladie nerveuse quelconque sont en rapport non pas avec la nature, mais avec le siège de l'altération. Par conséquent, les altérations de l'hystérie et les altérations organiques auront la même symptomatologie, si elles ont le même siège. » (Grasset, *Des associations hystéro-organiques*, in *Montpellier médical*, 1892.)

On peut donc concevoir que la méningite tuberculeuse arrive à ressembler, pendant un certain temps, à des accidents hystériques. Mais la maladie, d'abord localisée, va tendre à la généralisation; l'inflammation va gagner de proche en proche et de nouveaux symptômes vont s'ajouter aux précédents et permettront de faire le vrai diagnostic. C'est ce que nous verrons se passer dans notre observation personnelle : des symptômes hystériformes nous laissèrent plusieurs jours dans une tranquillité relative; puis survinrent l'amaigrissement, l'inégalité pupillaire, la parésie de la vessie, qui nous firent voir notre erreur quelques jours seulement avant la mort de la malade.

Le diagnostic, déjà si difficile, le devient beaucoup plus, si nous considérons que l'hystérie elle-même peut simuler la méningite.

Nous nous proposons d'examiner si ce diagnostic est possible et, dans ce cas, d'étudier les signes permettant de le poser. Pour cela, nous allons étudier d'abord rapidement la pseudo-méningite hystérique, puis nous étudierons la méningite tuberculeuse à forme anormale, et en particulier celle simulant l'hystérie. Enfin, nous poserons les règles et les indications permettant de distinguer ces deux maladies.

CHAPITRE III

I

Pseudo-méningite hystérique

Chez les hystériques, on peut dans certains cas voir survenir des accidents ressemblant à ceux de la méningite tuberculeuse, et cela aussi bien chez l'enfant (Bardol) que chez l'adulte. Tantôt ces accidents sont la première manifestation de la névrose, tantôt ils ont été précédés d'autres symptômes et surviennent chez des malades qu'on connaissait depuis longtemps comme hystériques.

Ces accidents peuvent être provoqués par une affection intercurrente, et nous trouvons deux cas de cet ordre dans la thèse de Macé : chez l'un, les accidents pseudo-méningitiques ont éclaté pendant le cours d'une fièvre typhoïde ; chez l'autre, c'est une vaginite qui paraît être la cause occasionnelle.

Dans tous les cas, on retrouve des antécédents nerveux personnels ou héréditaires.

La pseudo-méningite hystérique débute de façon très variable. Tantôt la maladie commence brusquement, comme dans l'observation de Boissard, où la malade est tout à coup prise de céphalalgie et de vomissements alimentaires. Mais le plus souvent il existe une période prodromique ressemblant à celle qui précède la méningite tuberculeuse. Le malade a pendant quelque temps du malaise, de l'insomnie, de l'inap-

pétence. Il éprouve une lassitude vague, son caractère change; il évite la société des personnes qu'il fréquentait d'habitude, il est triste ou gai sans motif. Après cette période prémonitoire apparaissent les phénomènes méningitiques.

La céphalalgie est l'élément dominant : elle peut être atroce, les malades gémissent et crient sous son influence. Elle est surtout marquée au niveau de la région frontale, mais occupe toute la tête ; elle peut être très mobile, mais d'autres fois elle reste avec une grande persistance, comme dans les maladies organiques de l'encéphale et, dans ce cas, elle est continue, avec des exacerbations passagères qui font pousser aux malades de véritables cris hydrencéphaliques. Les malades les comparent à des coups de marteau. Un caractère fréquent et particulier c'est que, d'après Gilles de la Tourette, cette céphalalgie coïncide avec des zones hyperesthésiques-hystérogènes siégeant à l'endroit où elle se fait sentir avec le plus d'intensité.

Les vomissements sont moins fréquents que la céphalalgie, mais leur présence rend encore le diagnostic plus difficile. Ils ont pour caractère de survenir brusquement sans nausée préalable, en fusée ; ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux ; ils sont d'habitude d'abondance moyenne, précédés de vertige et laissent après eux une sensation de soulagement. Ils n'occasionnent de douleur que celle de l'acte même, ce qui les distingue des vomissements dus à la gastralgie ou à toute autre maladie de l'estomac.

La constipation est la règle, mais elle peut manquer ; l'appétit est supprimé, la langue est sale.

L'hyperthermie n'est pas constante ; elle manque même souvent, et M. le professeur Pitres, tout en admettant qu'elle puisse exister dans la pseudo-méningite hystérique, la considère comme une grande exception. Lorsqu'elle existe, elle est d'habitude assez modérée et oscille entre 38° et 39°. Elle

peut cependant dépasser ces limites de quelques dixièmes. Il arrive souvent que cette fièvre est sous la dépendance d'autres troubles de la santé concomitants comme la vaginite, l'angine ou la fièvre catarrhale. Elle peut aussi être le fait de la constipation qu'on rencontre si souvent chez les hystériques.

Le pouls présente des modifications très variables. Il est tantôt ralenti, tantôt accéléré et offrant les caractères ordinaires du pouls fébrile, sans dicrotisme. Pitres dit qu'on ne l'a jamais trouvé irrégulier comme dans la méningite vraie.

Ces caractères de la température et du pouls pourront dans certains cas être d'une grande utilité pour le diagnostic.

Le délire est assez fréquent et nous le retrouvons noté dans plusieurs de nos observations : il est nocturne, à forme variable ; c'est tantôt un délire professionnel, tantôt un délire hallucinatoire, et le malade pousse des cris de frayeur ; d'autres fois, c'est un délire incohérent.

L'adynamie n'est pas rare et est signalée plusieurs fois. Elle est caractérisée par un état de faiblesse extrême et par de la torpeur intellectuelle. D'autres fois, c'est un espèce de coma qui existe, mais ce coma n'est jamais complet, il est interrompu par les cris de douleur et les plaintes du malade, et l'on peut toujours le faire cesser momentanément en pressant le malade de questions.

Les convulsions ne sont pas notées dans nos observations de pseudo-méningite hystérique chez l'adulte ; mais chez l'enfant nous les voyons exister et Bardol en cite deux observations : ce sont, chez l'un de ses malades, des mouvements convulsifs des membres ; chez l'autre, des crises d'aboiement et des secousses convulsives rythmiques dans toute la moitié supérieure du tronc.

Les contractures sont assez fréquentes et nous les retrouvons dans trois de nos observations : elles paraissent choisir

de préférence pour siège les muscles de la nuque et ceux des membres inférieurs ; c'est ainsi que nous voyons chez l'un exister une raideur assez marquée des membres inférieurs, chez l'autre une raideur très marquée de la tête et du cou, avec contracture en extension des membres inférieurs : enfin, chez le dernier on note que la tête est renversée par le fait d'une contracture des muscles de la nuque.

Les troubles de la sensibilité sont très fréquents et l'on trouve chez certains malades des plaques très sensibles ne correspondant à aucune division nerveuse et rappelant les plaques hystériques, de l'hyperesthésie cutanée, de l'hyperesthésie des divers sens, telle que la photophobie, l'hyperacousie.

A côté, on rencontre fréquemment l'anesthésie qui peut avoir des sièges différents : anesthésie complète du pharynx, s'accompagnant d'anesthésie incomplète de la peau sur toute une moitié du corps, anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, avec hyperesthésie ovarienne du même côté ; et chez un autre malade il y a de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle complète de tout le côté droit, avec anesthésie pharyngée et rétrécissement du champ visuel du même côté. Ces troubles de la sensibilité peuvent s'associer et être réunis chez un même malade, et dans notre observation II nous trouvons du retard de la sensibilité, de l'analgésie complète en certains points des membres inférieurs et des plaques d'anesthésie sur le bras droit. Dans l'observation III, il y a des plaques d'insensibilité ou plutôt d'analgésie aux membres inférieurs ; la malade, piquée avec une épingle, n'accuse que la sensation de contact ; mais au bout de quelques instants la sensibilité à la douleur revient sur les endroits piqués. Il y a aussi une hémi-anesthésie de la face du côté droit. Enfin, dans un de nos cas, ce sont des troubles douloureux qui sont signalés (observ. V) ; il y a de la douleur à la pression le long de la

colonne vertébrale, mais surtout à la nuque, dans les régions splénique et ovarienne gauche ; il y a de l'hyperesthésie des cuisses, en même temps la malade accuse bien nettement de la diplopie.

On ne note pas de paralysies et nous ne trouvons dans nos observations qu'un cas où une paraplégie est survenue au moment où la malade semblait entrer en convalescence, paraplégie ne durant que quelques jours.

L'aphasie n'est notée dans aucune de nos observations de pseudo-méningite, mais nous savons qu'elle pourrait exister.

La raie méningitique qui, il est vrai, n'a plus la valeur diagnostique que Trousseau lui avait donnée, est souvent signalée.

Il n'existe jamais d'alternative de rougeur et de pâleur du visage, bien qu'on puisse le trouver coloré, rouge et turgescent.

Enfin, un caractère important, c'est que le pronostic est presque toujours, sinon toujours, bénin (Gilles de la Tourette).

Observation Première

(RÉSUMÉE)

(MACÉ, Thèse 1888)

Antécédents. — Rien chez les ascendants. Frère a une maladie de cœur. Depuis l'âge de sept ans, attaques convulsives qui ont disparu avec la venue des règles. A vingt et un ans, accidents choréiformes avec photophobie. A plusieurs reprises, aphonie nerveuse survenant et disparaissant brusquement.

Prodromes. — Malaise, perte d'appétit, agitation nocturne.

Les symptômes généraux paraissent graves dès le premier jour : T. : 39° 5. Peau chaude, moite. Pouls régulier, mais petit et très rapide. Congestion de la face, photophobie. Contracture des muscles de

la nuque. Céphalalgie violente. Insomnie, ventre rétracté. Constipation. Hyperesthésie généralisée. Raie méningitique. Réflexes rotuliens normaux. Examen des autres organes négatif. Marques de rachitisme.

Les jours suivants, même état avec pupilles contractées mais égales, sans paralysie oculaire. Vomissements se produisant sans effort.

Six jours après le début, la plupart des symptômes ont disparu : la nuque est encore raide ; il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète de tout le côté droit ; anesthésie pharyngée ; rétrécissement du champ visuel à droite.

Les jours qui suivent, amélioration, la fièvre disparaît avec les autres symptômes. Mais lorsque la malade, se croyant guérie, veut se lever, elle est paraplégique. Cette paraplégie disparaît à son tour au bout de quelques jours.

Trois mois après, les mêmes symptômes se reproduisent avec la même évolution.

Observation II

(RÉSUMÉE)

BOISSARD. — *France médicale*, 15 février 1883

La malade est âgée de quarante-cinq ans.

Antécédents tuberculeux. Mère morte de la poitrine ; deux enfants morts de méningite. La malade tousse depuis trois ans, a craché quelques filets de sang.

Début. — Céphalalgie frontale intense avec vomissements alimentaires se produisant facilement et après chaque ingestion d'aliments.

Évolution de la maladie. — Les symptômes précédents persistent. De plus, il y a affaïssement. L'intelligence est nette, les pupilles un peu contractées.

Il y a du retard de la sensibilité ; ventre aplati, constipation, pouls régulier, petit, peu fréquent. La température reste à peu près normale.

Le sixième jour, l'amélioration commence, la céphalalgie est moins violente, le pouls remonte à 60 ; il y a une selle. Cependant le ventre reste aplati ; les pupilles, dilatées, réagissent faiblement à la lumière. Analgésie complète en certains points des membres supérieurs.

L'amélioration augmente encore les jours suivants, mais les troubles de la sensibilité persistent sur le bras droit. Pendant un mois, même état avec de temps en temps céphalalgie. La malade sort de l'hôpital. Quelque temps après, à la suite d'une contrariété, elle est prise de douleurs dans les quatre membres avec difficulté considérable pour marcher et d'aphonie. Oppression avec sensation de boule à la gorge. Céphalalgie, anesthésie complète de tout le voile du palais, pas d'ovaralgie mais hémianesthésie de tout le côté droit.

L'aphonie disparaît au bout de sept jours, mais la malade conserve toujours son hémianesthésie.

Observation III

OLLIVIER. — *Gazette médicale des hôpitaux de Paris* (Compte rendu de la 20^{me} session de l'Association française pour l'avancement des sciences, 1891).

En 1884, on apporte une fillette de six ans, dont le père était mort tuberculeux ; elle était maigre, chétive. Elle se plaignait de maux de tête et de constipation ; puis on trouve de l'hyperesthésie cutanée, du grincement des dents ; gémissements, cris, mouvements convulsifs des membres, délire, et, enfin, elle tombe dans le coma. Glace sur la tête, frictions mercurielles, injections sous-cutanées d'ergotine, vésicatoires sur la nuque, iodure de potassium à doses élevées. Sous l'influence de cette médication, l'enfant guérit. M. Ollivier croyait que ce cas était de la méningite tuberculeuse.

En juin dernier, on apporte de nouveau la fille. Elle est nerveuse, sans menstruation ; un rien la fait pleurer ; elle a des terreurs nocturnes, grince des dents, a de l'insomnie, se plaint de névralgies. Elle a un regard vif, vrai regard d'hystérique. C'était donc une nerveuse, une hystérique.

Traitement : Électricité, hydrothérapie et fortifiants.

Observation IV

(CHANTEMESSE, *loc. cit.*)

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie. — Crises de céphalalgie arrachant des cris violents. — Vomissements durant plusieurs jours. — Ralentissement du pouls. — Température normale. — Guérison.

La nommée H... (Berthe), domestique, âgée de vingt ans, entre le 2 janvier 1883 dans le service de M. Rigal.

Elle est d'une apparence assez frêle, bien réglée, et n'accuse aucune maladie antérieure. Jamais de crises d'hystérie convulsive ; mais elle éprouvait de temps à autre une sensation de boule qui lui montait du ventre à la gorge. Elle a, de plus, une petite toux sèche.

Quinze jours avant son entrée, elle remarqua que les aliments qu'elle prenait avaient tous une saveur fade, ou plutôt qu'ils n'avaient aucune espèce de saveur.

Le 26 décembre, sans cause appréciable, elle fut prise tout à coup d'un mal de tête extrêmement intense ; il lui semblait que le front était serré dans un étau. Bientôt survinrent des vomissements se répétant sept à huit fois par jour, dès qu'elle prenait un peu de nourriture ou de boisson. Les douleurs de tête étaient tellement vives qu'elles empêchaient tout sommeil, toute alimentation et arrachaient des cris.

A son entrée, on constata ce qui suit :

La malade est dans un état de faiblesse et de prostration profondes ; cependant elle répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Le facies est pâle, les lèvres sont décolorées, le regard éteint ; les sourcils froncés ; le front est contenu dans la main droite. La langue n'est pas saburrale ; le ventre est un peu rétracté, insensible à la palpation. Pas de tache méningitique bien nette. Vomissements bilieux assez fréquents depuis hier. Perte complète de l'appétit. Le pouls est à 60. T. : 37 degrés.

3 janvier. — La malade n'a pu dormir ; plusieurs fois dans la nuit, elle a poussé des cris : « Oh ! ma tête ! oh ! ma tête ! » Trois vomissements. Même facies qu'hier. Le pouls est à 54. T. : 37 degrés.

Mais on remarque certains troubles de la sensibilité qui amènent M. Rigal à faire de réserves sur le diagnostic tout d'abord porté de méningite.

Il existe sur les deux membres inférieurs des plaques d'insensibilité ou plutôt d'analgésie ; à leur niveau, on peut enfoncer profondément une épingle, sans que la malade accuse autre chose qu'une sensation de contact. Au bout de quelques instants, la sensibilité revient sur les endroits piqués. Pas d'ovaralgie. Sensibilité génitale conservée. Hémianesthésie de la face à droite. Le goût et la sensibilité générale de la langue sont complètement abolis. L'ouïe, la vue et l'odorat sont intacts. Ipéca et tartre stibié. Le soir, le mal de tête a diminué. Le pouls est à 60. T. : 37 degrés.

6. — Depuis l'administration du vomitif, les vomissements n'ont pas reparu. Le facies est meilleur, mais la céphalalgie, quoique moins forte, revient pourtant par crises très douloureuses. Le pouls est à 66. T. : 37 degrés.

12. — Les troubles de la sensibilité périphérique, la céphalalgie ont disparu.

Le goût est revenu. Le pouls est à 72. T. : 37 degrés.

18. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation V

DE BRUN. — (In Thèse Chantemesse)

Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie

La nommée R..., âgée de vingt-trois ans, domestique, entre le 28 février 1883, à la Pitié, service de M. Lasègue.

Son père et sa mère sont morts de tuberculose pulmonaire. Elle-même s'est toujours enrhumée très facilement. Elle est en plus très nerveuse et présente un caractère très mobile. Il y a huit ans, elle a été pendant trois mois à l'hôpital de Luizt (Autriche), mais elle ne peut nous donner aucun détail sur la maladie qui l'y a fait entrer. Depuis, elle a toujours toussé. En 1879, angine diphthérique. En 1880, la malade prend froid dans un voyage en Russie ; commencement de congélation, perte de connaissance ; aggravation de la toux ; point de côté gauche. En même temps vomissement de sang (?). En 1881 (février), nouveaux vomissements de sang, à trois reprises différentes, pendant un voyage en Suisse. En septembre, fièvre typhoïde, à Strasbourg. Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, contracture

du pied gauche. Cette malade prétend encore qu'elle a des extinctions de voix tous les hivers et se dit mal réglée.

Au mois de janvier 1883, point de côté gauche, toux fréquente, aphonie, céphalalgie, anorexie. Elle entre à Lariboisière ; bientôt après elle est assez améliorée pour aller au Vésinet, d'où elle revient dans notre service.

Nous constatons alors : toux fréquente, crachats peu abondants légèrement opaques, quelques-uns striés de sang. Vive douleur épigastrique, considérablement augmentée par la pression. Pouls normal. Température normale. L'auscultation fait constater un peu de rudesse respiratoire au niveau de la fosse sous-claviculaire gauche. Rien de bien caractéristique.

Pendant les jours qui suivirent son entrée, la malade se plaignait surtout de sa douleur épigastrique. Rien ne put la soulager. La moindre pression, le moindre attouchement étaient absolument intolérables.

8 mars. — Vomissements alimentaires se produisant avec effort. A partir de ce jour, la malade ne peut rien garder ; la moindre ingestion d'aliments est suivie immédiatement de vomissements. Glace, potion de Rivière, eau de Seltz, vésicatoire à l'épigastre, bromure de potassium, rien ne peut arrêter ces vomissements.

11. — État syncopal subit depuis plus d'une demi-heure, caractérisé par pâleur, faiblesse extrême du pouls, insensibilité, cornage.

12, 13. — Faiblesse extrême, sorte de coma au milieu duquel la malade respire assez bien. Les vomissements persistent.

14. — Même état. Les vomissements sont encore plus fréquents, s'accompagnant d'efforts violents qui laissent la malade absolument anéantie. T. : matin, 37°5 ; soir, 38°.

16. — La céphalalgie a encore augmenté de violence ; la malade pousse de véritables cris hydrencéphaliques. Les pupilles sont très resserrées. Ptosis volontaire pour éviter la lumière. Hyperesthésie générale, vomissements incoercibles. Délire. T. : 39°2.

17. — On constate une légère amélioration du côté de la céphalalgie ; la malade pousse encore quelques cris, mais moins fréquents, elle a un peu de sommeil. Les vomissements persistent.

18. — La malade est calme, malgré une céphalalgie encore violente. A huit heures du soir, délire intense jusqu'à minuit.

19. — Le malade présente un léger délire qui cesse vers midi. Du reste, amélioration considérable.

20. — L'amélioration continue.

21. — La céphalalgie a augmenté un peu. Les vomissements n'ont pas cessé.

22. — Mieux notable.

Puis, l'amélioration arrive franche et rapide. Les vomissements cessent et la malade sort de l'hôpital complètement guérie, dans le courant d'avril.

Observation VI

(DALCHÉ, *Gaz. méd.*, Paris, 1885)

Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique

La nommée Deh..., âgée de vingt-trois ans, domestique, entre le 21 novembre 1884, salle Sainte-Anne, n° 17, dans le service de M. Dempis à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Cette jeune femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle a toujours perdu abondamment pendant ses périodes menstruelles.

Depuis trois mois environ, elle se sentait mal à l'aise, sans appétit, en proie à une lassitude générale ; trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a craché du sang.

Il y a trois jours, elle a été subitement prise d'un point de côté violent, avec mal à la tête, quelques frissons et la diarrhée.

20 novembre. — La malade entre à l'Hôtel-Dieu. La physiologie est profondément abattue. Elle se plaint d'une céphalalgie intense et de vertiges continuels, à tel point que la station debout est impossible. Ses pupilles sont moyennement dilatées, et elle accuse très nettement de la diplopie. Bourdonnements d'oreille. Langue saburrale.

Le point de côté est toujours aussi douloureux, et cependant l'auscultation ne dénote rien d'anormal ; mais le phénomène dominant de l'appareil respiratoire est une toux presque incessante ; toutes les quinze ou vingt secondes, la malade fait entendre une petite toux sèche, sans expectoration, et de temps à autre sa poitrine est soulevée par

des mouvements spasmodiques ressemblant à du hoquet ou à des nausées. Pas de vomissements depuis hier.

La pression réveille de la douleur tout le long de la colonne vertébrale, surtout à la nuque, dans la région splénique, dans la région ovarienne gauche, et de l'hyperesthésie des cuisses.

Pas de raie méningitique.

Au cœur, souffle anémique à la base ; les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées. Le visage est pâle. T. : soir, 38°2. Le pouls est un peu fréquent.

22. — La malade a passé la nuit sans sommeil, et son état est le même. Interrogée, elle répond qu'elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie, mais qu'elle est d'un tempérament très nerveux, et que fréquemment elle est étouffée par une boule qui lui remonte à la gorge. On lui donne : musc, 0,02 ; belladone, 0,01. Trois pilules semblables par jour. T. : matin, 38°2 ; soir, 38°8.

23. — La toux a cessé. T. : matin, 37°2 ; soir, 38°6.

27. — Depuis son entrée, la malade a été constipée. Aujourd'hui elle a de la diarrhée. La température s'est toujours maintenue entre 37°4 le matin et 38°2 le soir.

30. — La malade a ses règles en avance de huit jours. Elle va mieux, mais ne peut se lever. Encore de la céphalalgie, des vertiges, de la diplopie, mais beaucoup moins de bourdonnements d'oreille. La sensibilité à la pression de la colonne vertébrale, de la région splénique, de la cuisse, n'existe plus.

6 décembre. — La diplopie disparaît.

7. — La température s'élève brusquement, et cette recrudescence de la fièvre coïncide avec une angine, assez douloureuse, marquée par de la rougeur de tout le fond de la gorge.

10. — Quelques vésicules d'herpès apparaissent sur le pilier droit du voile du palais.

22. — Il n'y a plus de fièvre, et le 20 la malade sort absolument guérie.

Observation VII

(HUCHARD, *loc. cit.*)

Accidents pseudo-méningitiques au cours d'une fièvre continue bénigne

Une jeune fille de seize ans entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde légère ; dès le second jour, on constata sur toute la surface cutanée une hyperesthésie telle, qu'on ne pouvait toucher la peau de cette malade sans éveiller une vive douleur ; si l'on ajoute à cela que les apophyses épineuses cervico-dorsales étaient extrêmement douloureuses, et qu'un état de paralysie vaso-motrice de la peau permettait de tracer facilement sur elle des lignes rouges, analogues aux taches dites méningitiques, on comprendra que, dans ce cas, l'on pouvait et l'on devait d'abord croire à la probabilité d'une complication grave du côté des centres nerveux. Ce fait se rapprochait en effet, par certains côtés, des cas rapportés par Fritz, dans sa thèse inaugurale sur les *Symptômes spiniaux de la fièvre typhoïde*, et reproduisait assez fidèlement quelques-uns des accidents méningitiques si bien décrits par ce savant observateur.

Mais cependant, dès le premier jour, ces symptômes d'apparence grave contrastaient singulièrement avec la bénignité de la maladie, avec le peu d'élévation de la température, avec l'absence de contraction, de raideur du cou et de douleur de la tête, etc. La fièvre typhoïde évoluait régulièrement, la diarrhée était modérée, le ventre légèrement météorisé, et l'état de stupeur peu appréciable.

C'est alors qu'en rapprochant ces symptômes *pseudo-méningitiques* de l'état nerveux de la malade, qui se manifestait de temps à autre par des pleurs sans motif, par des phénomènes de strangulation et de constriction pharyngée, par certaines bizarreries de caractère, par des troubles ataxiques absolument anormaux, j'émis l'idée que l'hystérie jouait un grand rôle dans cet état, et que le pronostic avait seulement l'apparence de la gravité. Enfin, durant la convalescence, les accidents hystériques s'accusèrent davantage ; et, chose singulière, l'hyperesthésie avait disparu complètement pour être remplacée par une anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche avec hyperesthésie ovarienne du même côté. Cette ovaralgie devenait ainsi un élément de diagnostic et séparait nettement cette hémianesthésie hystérique de certaines hémianesthésies d'origine probablement conges-

tive dont M. Calmettes a relaté, il y a plusieurs années, quelques cas dans le cours ou à la fin de la dothiéntérie.

Observation VIII

(MACÉ, Th. de Paris)

Accidents pseudo-méningitiques chez une hystérique, à l'occasion d'une vaginité blennorrhagique.

La nommée D... (Marie), âgée de vingt-cinq ans, cuisinière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Lorrain, n° 13, le 27 février 1886, dans le service de M. le docteur Lancereaux.

Les *antécédents héréditaires* de cette femme sont sans intérêt. Son père est mort de la variole à trente-trois ans. Elle a encore sa mère qui est en bonne santé. Pas de sœurs; un frère bien portant.

Il y a treize jours, cette femme a été prise au milieu de la nuit d'un violent mal de tête, qui lui arrachait des cris assez aigus pour qu'elle ait réveillé tous ses voisins; elle compare les douleurs qu'elle éprouvait à des coups de marteau. Dès le lendemain, elle avait une fièvre intense, elle vomissait tout ce qu'elle prenait, elle avait de l'agitation, du délire, et sautait de son lit pour courir dans sa chambre. Pendant neuf jours, on a été obligé de la veiller. Le médecin qui la soignait en ville l'a purgée à trois reprises, sans parvenir à vaincre une constipation opiniâtre.

Actuellement, elle se plaint d'une céphalalgie intolérable; elle garde les deux mains appliquées sur son front. Toute cette nuit, ses voisines de la salle n'ont pu dormir à cause des cris qu'elle poussait. Elles s'écrient à chaque instant: « Ma tête! ma tête! » Elle a la tête légèrement renversée en arrière, le front plissé, l'air anxieux, les paupières fermées par le fait d'un ptosis volontaire; elle ne peut se décider à les ouvrir complètement à cause d'une vive photophobie; les pupilles sont contractées, mais égales; pas de paralysie oculaire.

Si l'on veut faire asseoir la malade sur son lit, elle pousse des cris violents; on la soulève tout d'une pièce; raideur très marquée de la tête et du cou.

Langue saburrale à bords rouges et secs; lèvres et dents légèrement fuligineuses. Ventre rétracté; la constipation persiste toujours.

Pas de raie méningitique.

Réflexes normaux. Légère contracture en extension des membres inférieurs.

Respiration fréquente, suspirieuse. Rien à l'auscultation.

Cœur normal; pas d'hypertrophie de la rate.

Rien dans les urines.

Pouls régulier à 88. T.: 38°6.

On note en plus l'existence d'une hyperesthésie généralisée. La malade accuse une vive douleur à la moindre pression; elle a de plus une vive hyperesthésie sensorielle, la lumière lui fait mal, le moindre bruit provoque de petites secousses des membres supérieurs.

On porte le diagnostic de *méningite tuberculeuse*.

On prescrit l'application de six sangsues à la nuque et 0,20 centig. de calomel en 10 paquets.

1^{er} mars. — Même état. La malade délire légèrement et prononce des phrases sans suite.

On remarque que sa chemise est empesée de taches verdâtres dues à un écoulement vaginal assez abondant. Dans l'aîne du côté droit, on sent une adénite légèrement douloureuse.

Même traitement.

2. — La nuit a été mauvaise; la malade a crié et déliré sans relâche; de temps en temps, elle poussait de grands cris de frayeur.

Même hyperalgésie; même raideur de la nuque. T.: 38°8.

3. — La malade a eu deux selles cette nuit. Elle va beaucoup mieux. Les lèvres et les dents ne sont plus sèches et ne présentent plus de traces de fuliginosités.

La douleur de tête est beaucoup moindre. La malade peut s'asseoir sur son lit. Le cou est encore raide mais moins douloureux. Elle souffre surtout au niveau des épaules.

Le pouls est régulier, petit, peu fréquent. T.: 37°4.

La malade a eu ce matin un vomissement peu abondant constitué presque uniquement par des matières alimentaires.

4. — L'amélioration s'accroît. Encore un peu de raideur du cou. Nouveau vomissement présentant les mêmes caractères que celui de la veille, mais plus abondant. Plus de fièvre. Pouls régulier. Atténuation de l'hyperalgésie. La malade est allée à la selle, son appétit est revenu; elle demande à manger.

5. — La malade a dormi d'un sommeil régulier interrompu seulement par deux ou trois cris. Le matin, nous la trouvons assise sur son

lit ; elle ne souffre plus, elle cause, elle est gaie, son état général paraît excellent.

Nous apprenons que, depuis l'âge de dix-huit ans, la malade est sujette à des crises assez espacées d'hystérie convulsive. Anesthésie pharyngienne. Pas de zone hystérogène. Pas d'hémianesthésie.

6. — Au spéculum, la malade offre tous les signes d'une blennorrhagie aiguë ; la vulve est rouge, boursouflée, il s'en écoule un pus épais et verdâtre. L'introduction du spéculum est impossible en raison d'un vaginisme intense. Ce qu'on voit de la muqueuse vaginale est rouge, injecté ; l'extrémité du doigt, introduite dans le vagin, fait sourdre une goutte de pus de l'urèthre.

Injectons chaudes au sublimé. 6 capsules de santal.

La malade sort en bonne santé, conservant seulement un écoulement vaginal.

II

Méningite tuberculeuse

(FORMES ANORMALES EN PARTICULIER)

Nous n'avons pas l'intention de retracer ici l'évolution classique de la méningite tuberculeuse. Nous voulons simplement examiner d'une façon rapide chacune de ses manifestations, chacun de ses symptômes ; nous rechercherons s'il n'y a rien qui les caractérise et qui permette de les distinguer des symptômes analogues qu'on retrouve dans d'autres maladies ; enfin nous montrerons que la plupart des symptômes classiques peuvent manquer.

Les troubles prémonitoires de la méningite tuberculeuse, qui consistent en perturbations de l'intelligence ou en un changement de caractère pouvant se manifester par de l'irri-

tabilité, ou au contraire une tendresse excessive, sont décrits par tous les auteurs. Ces troubles peuvent faire défaut, et dans de nombreuses observations de Chantemesse, de Vivant, de Juvigny, etc., la maladie débute brusquement. De plus, des modifications de l'état mental peuvent se produire plusieurs années ou plusieurs mois avant que la tuberculose ait prouvé son existence par des accidents cérébraux ou même pulmonaires qui puissent mettre sur la voie.

C'est ainsi que nous voyons un malade de Chantemesse prendre des habitudes d'ivrognerie un an environ avant l'éclosion de sa maladie et refuser un jour, bien qu'il eût de l'argent, de payer différentes liqueurs qu'il avait bues chez un marchand de vin : le lendemain, cet homme ne put donner aucune explication raisonnable de son refus.

Ailleurs, c'est une paresse intellectuelle et une insouciance excessive paraissant chez le malade un an avant la tuberculose intestinale et pulmonaire, deux ans avant la méningite.

Un autre malade a, longtemps avant tout symptôme méningitique, des troubles cérébraux qui lui ont probablement fait commettre des actes ayant motivé une incarcération (Chantemesse).

Chez un autre enfin, il y a un accès de manie qui dure trois mois (Darembert, in *Arch. gén. de médecine*, 1883).

On comprend l'importance au point de vue médico-légal de ces faits, qui, du reste, sont peu connus.

Qu'il y ait absence de ces troubles prémonitoires ou qu'ils existent, le début de la maladie se fait de façons très diverses.

Il est fréquemment subit, survient après des troubles prodromiques passés souvent inaperçus, et peut surprendre le malade au milieu de son travail.

Tel malade accuse depuis quelques jours, pendant la marche, des crampes dans les mollets, lorsque tout à coup il ressent une douleur très vive, une crampe très forte à laquelle

succède une contracture musculaire des extenseurs et des adducteurs du pied, et une paralysie du membre inférieur.

D'autres ont tout à coup des fourmillements dans un membre, de l'affaiblissement de ce membre à laquelle succède peu à peu une parésie complète.

Tel autre verra sa maladie débiter par une attaque d'hémiplégie, hémiplégie qui peut être transitoire, comme l'a montré Chantemesse.

L'aphasie peut ouvrir la scène : elle s'accompagne le plus souvent de parésie du bras ou d'hémiplégie du côté droit.

D'autres fois, c'est un délire bientôt suivi d'agitation et de coma.

Enfin, la maladie peut éclater plus solennellement par des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, qui enlèveront le malade en deux, trois, quatre ou cinq jours.

Il convient ici de noter que la céphalalgie, les vomissements, la constipation, peuvent manquer les premiers jours et pendant tout le cours de la maladie.

Le début le plus souvent décrit dans les observations nombreuses publiées dans les différents ouvrages que nous avons sous les yeux est celui qui revêt la forme de paralysie subite d'un membre ou des deux membres du même côté. Cette forme s'accompagne souvent d'aphasie. On comprend combien, dans ce cas, le diagnostic doit être difficile.

Une fois la maladie confirmée, voyons ce qui se passe :

La céphalalgie est presque constante dans la méningite tuberculeuse. Elle peut être précédée d'autres symptômes, elle peut aussi jouer le rôle de symptôme prémonitoire et précéder de longtemps l'éclosion de la maladie. Elle peut disparaître complètement, elle est d'intensité variable, mais toujours très nettement accusée ; elle est sujette à exaspérations ; son siège le plus habituel est la région frontale, mais elle peut se localiser dans les régions les plus diverses.

La raideur des muscles du cou et de la nuque est peut-être le symptôme le plus constant après la céphalalgie.

Les vomissements sont plus fréquents que dans toutes les autres maladies ; ils se font sans efforts, comme par régurgitation, et se produisent le plus souvent après l'ingestion des aliments ou des boissons, différant peu, comme on le voit, de ceux qui se produisent dans l'hystérie. Ils durent à peu près trois ou quatre jours, et quelquefois on trouve des malades qui n'ont vomi qu'une seule fois. Chez d'autres, ce symptôme se renouvelle plus longtemps et peut même persister tout le temps de la maladie.

La constipation est fréquente dans la méningite tuberculeuse, mais on la voit manquer assez souvent. Elle peut même être remplacée par la diarrhée (Sarda), ce qui peut faire songer à une fièvre typhoïde adynamique.

Cette constipation contraste avec les vomissements, et éloigne l'idée d'une indigestion.

La fièvre peut manquer, comme on le voit dans les observations de Chantemesse.

Lorsqu'elle existe, elle est en général peu intense, sauf les derniers jours, où elle peut atteindre 40°. Elle est le plus souvent irrégulière, et la température varie plusieurs fois dans la journée ; elle est parfois sujette à des intermittences.

Le pouls est remarquable par des oscillations encore plus accentuées que celles de la température, et ces oscillations peuvent se produire dans la même journée. Rapide au début, il se ralentit au bout de quelque temps, pour remonter quelques jours avant la mort. Il devient inégal et irrégulier.

Quelquefois il est, quoique ralenti, d'une ampleur exagérée, et l'ondée sanguine fait vibrer l'artère, d'où le nom de pouls vibrant que lui donnent Rilliet et Barthéz. Enfin, il peut n'y avoir aucune relation entre la température et le nombre de pulsations.

Les troubles de la respiration n'existent pas au début ; mais, quand le pouls se ralentit et devient irrégulier, l'appareil respiratoire en fait autant ; les inspirations deviennent moins fréquentes, et leur ordre de succession est troublé : le respiration prend le type de Schyne-Stockes.

Les paralysies qui surviennent dans le cours de la méningite tuberculeuse ont des caractères spéciaux : chez l'enfant, elles font en général suite à un accès convulsif ; chez l'adulte, les convulsions sont rares, et les paralysies débutent, soit brusquement (hémiplégie subite), soit lentement, sous forme de fourmillements, de crampes, qui peuvent envahir successivement un bras, une jambe. Il est rare qu'il y ait hémiplégie complète dès le début : au contraire, les membres d'un même côté se prennent l'un après l'autre. La face peut être atteinte, mais rarement.

Ces paralysies sont presque toujours transitoires, mais elles peuvent se reproduire, et finir par persister. Elles sont dues à des inflammations ou à des ramollissements en foyer qui peuvent intéresser les corps striés, les pédoncules cérébraux, mais surtout les zones motrices des circonvolutions.

Les convulsions et les contractures peuvent être partielles ou généralisées. Lorsque elles sont limitées à un membre, à une partie du corps, elles résultent de l'excitation directe des zones motrices fronto-pariétales ; lorsqu'elles sont généralisées, on peut invoquer une action réflexe, une action cérébrale à distance (Landouzy, Thèse Paris, 1876).

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents. La raie méningitique, considérée comme caractéristique par Trousseau, se retrouve dans beaucoup d'états cérébraux et nous l'avons rencontrée dans la pseudo-méningite hystérique.

Les poussées congestives du côté de la face, les alternatives de rougeur et de pâleur sont un bon signe diagnostique.

L'amaigrissement se produit rapidement. Enfin, dans la

période de dépression, l'affaissement est très marqué, le coma est profond lorsqu'il existe.

Tous les symptômes que nous venons d'examiner sont classiques; mais à côté de ceux-là il en est d'autres plus rares et qui rendent encore le diagnostic plus difficile, par exemple les troubles de la sensibilité, que nous allons retrouver dans nos observations, et l'aphasie.

On comprend qu'un travail inflammatoire portant sur la circonvolution de Broca puisse produire l'aphasie et que, localisé ailleurs, il cause des symptômes comme les modifications de la sensibilité.

C'est ainsi que les douleurs peuvent se localiser ailleurs qu'à la tête, et que parfois, le seul accident qui trahit leur présence, c'est une douleur intense et subite dans un membre. Il y a aussi des crampes et des secousses musculaires douloureuses. Enfin, on peut retrouver de l'hyperesthésie et de l'anesthésie. Cette hyperesthésie peut siéger en des régions correspondant aux zones hystérogènes et en des points limités; l'anesthésie peut revêtir la forme de l'anesthésie hystérique: c'est ainsi que nous trouvons dans nos observations un cas où l'anesthésie est localisée à la cuisse, un autre cas où elle siège dans un bras.

Si on ajoute à cela que, dans certains cas où il y a une contracture légère, on peut la confondre avec un état cataleptique, on jugera combien le diagnostic peut être difficile dans certains cas.

Observation IX

(RÉSUMÉE)

(HERVEY, in *Bulletin de la Société anatomique*, 1873)

Méningite tuberculeuse

Le malade est âgé de dix-neuf ans.

Début de la maladie brusque, se manifestant par un engourdissement de la main droite.

Au bout de cinq jours, maux de tête. Bouche amère, pas de nausées. Constipation. Ne toussé pas.

Le malade conserve sa parésie de la main droite, bien qu'il puisse exécuter des mouvements avec cette main.

Deux jours avant la mort, les pupilles sont inégales. Pas d'hyperesthésie. Raideur par moments dans les avants-bras.

Le jour de la mort, les pupilles sont devenues inégales, mais insensibles à la lumière. Retard dans la perception des sensations.

A l'autopsie, traînées jaunâtres et granulations nombreuses, surtout à la convexité et à gauche. Piqueté très fin sur quelques points des circonvolutions.

Observation X

(RÉSUMÉE)

(Thèse de JUVIGNY et thèse de MOREL)

La maladie ne se manifeste pendant huit jours que par de la céphalalgie et de l'embarras gastrique. Le huitième jour, paralysie du côté droit et aphasie.

Depuis lors, état semi-comateux, douleur de tête, délire. Paralysie complète du bras droit, la jambe est simplement parésiée. Parésie faciale légère du côté gauche. Hyperesthésie de tout le côté paralysé. Les jours suivants, la paralysie diminue et disparaît complètement, de telle sorte que, cinq jours après l'apparition de la paralysie, il ne rest plus qu'une légère parésie de la face.

Sensibilité plus vive à droite. — En même temps, le calme reparaît et l'aphasie semble diminuer. Raideur du cou.

Le lendemain, la paralysie du bras reparaît. Hyperesthésie cutanée et musculaire surtout marquée à droite. Pupilles dilatés. Mort.

AUTOPSIE. — Pie-mère épaissie, congestionnée, légèrement adhérente aux circonvolutions. Granulations, surtout le long de la sylvienne gauche et ses branches. Rien au poumon.

Observation XI

(RÉSUMÉE)

(Thèse de MOREL)

Perte d'appétit depuis six mois avec tuberculose à la première période.

La méningite débute par un bégaiement de plus en plus accentué et arrivant à l'aphasie. Pas de vomissements, ni de contracture, ni de paralysie. Hyperesthésie sur tout le corps. Raie méningitique. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Mort.

AUTOPSIE. — Sur tout l'hémisphère gauche la pie-mère est enflammée, surtout à la face inférieure de la troisième circonvolution frontale; l'autre, au point où cette circonvolution se rattache à la frontale ascendante, occupe tout le centre du langage articulé. Pas d'adhérences appréciables entre les méninges et la substance corticale. Celle-ci présente par place un piquet rougeâtre.

Sur tout le trajet de la sylvienne, plaques jaunâtres, opalescentes avec granulations tuberculeuses, surtout abondantes dans la scissure de Sylvius. Sur l'hémisphère droit, un peu de rougeur à la partie supérieure du lobe occipital.

Observation XII

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1885, par P. RAYMOND, interne des hôpitaux.)

Méningite tuberculeuse de l'adulte. — Aphasie transitoire

Le nommé D..., trente et un ans, entre le 30 janvier 1885, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. Oulmont.

Il se plaint d'avoir perdu l'appétit depuis six mois. Les digestions sont lentes et se font mal. Il a beaucoup maigri. Il tousse et crache. Un peu de fièvre le soir. Au sommet, signes de tuberculose à la première période.

Le malade était en traitement, lorsque, le 7 février, on s'aperçut un matin qu'il bégayait. Dans la journée il parle difficilement, on le comprend à peine.

Dans la nuit du 7 au 8 février, il est pris de délire. Il prononce des paroles incohérentes, se lève, veut aller à la garde-robe au milieu de la salle. Il a poussé un grand cri d'homme terrifié.

Le 8 au matin, on constate que le malade est aphasique. Il comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut prononcer aucune parole. Il répond invariablement *pa pa pa*. Il ne sait plus son nom.

Il n'accuse que peu de céphalalgie. Ni vomissements, ni contraction, ni paralysie. Forces conservées aux quatre membres. Incontinence d'urine et des matières fécales. Hyperesthésie sur tout le corps, surtout profonde.

Raie méningitique très accusée.

Tremblement fibrillaire et mouvements de carphologie des mains.

Langue sèche, fuligineuse. Ventre ni rétracté ni tendu. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Pouls petit, régulier à 130. T.: 39°2; respiration régulière. Dans la journée, stupeur. Vers le soir, délire plus accentué que la veille.

9 février. — Le malade paraît un peu sorti de sa stupeur. Il prononce quelques mots distinctement pour qu'on le laisse asseoir sur son lit, mais ne peut y arriver. L'hyperesthésie n'a pas diminué. Dans la journée la stupeur augmente. Le malade ne reconnaît pas sa mère. La déglutition est difficile. T.: 39°6; P.: 110; R.: 36.

Le 10, les accidents s'aggravent, et le malade meurt dans le coma le 11 au matin.

AUTOPSIE: — Rien d'anormal à la dure-mère et aux sinus cérébraux. Il s'écoule des ventricules latéraux, quand on enlève le cerveau, une assez grande quantité d'un liquide jaune foncé. Rien d'anormal à la base de l'encéphale. Sur tout l'hémisphère gauche, la pie-mère est enflammée. Il y a surtout deux plaques où la vascularisation domine: l'une se trouve à la face inférieure de la troisième circonvolution frontale; l'autre, au point où cette circonvolution se rattache à la frontale ascendante; elles occupent tout le centre du langage articulé.

Il n'y a pas d'adhérences appréciables entre les méninges et la substance corticale. Celle-ci présente par place un piqueté rougeâtre. Sur tout le trajet de la sylvienne et de ses branches, plaques jaunâtres opalescentes, demi-fluides, entourées de granulations tuberculeuses, surtout abondantes dans la scissure de Sylvius. Les granulations tuberculeuses sont de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur l'hémisphère droit, un peu de rougeur à la partie supérieure du lobe occipital.

Chez un phtisique à la première période survient subitement de l'embarras de la parole qui se transforme peu à peu en aphasie. Cette aphasie est transitoire et, par moments, le malade peut parler bien que difficilement. Il n'y a ici ni vomissements, ni contracture, ni paralysie.

Le ventre est normal, il y a une raie méningitique et de l'hypéresthésie généralisée. La force est conservée dans les membres. La mort survient le quatrième jour dans la stupeur et le coma.

Les signes de tuberculose pulmonaire permettent de faire le diagnostic.

Observation XIII

(M. TROISIER, *in* Th. de GARDIN, 1877)

Rosine A..., âgée de trente-sept ans, entre à la Pitié, le 22 juillet 1871, service de M. Molland.

Les renseignements fournis par la sœur de la malade sont très vagues. A... serait tombée malade depuis deux ans. Depuis cette époque, on aurait remarqué quelques changements dans son caractère, elle continuait cependant à travailler. Depuis un an, elle ne serait pas réglée. Le 21 juillet, on l'a trouvée chez elle sans connaissance, et le lendemain elle a été amenée à l'hôpital dans un coma complet.

A... est d'une constitution robuste ; son embonpoint est considérable.

22. — Le soir, P. : 108, régulier, égal ; T. V. : 37 ; R. : 39. La malade est dans le coma, pas de stertor. La tête est en rotation à gau-

che, légèrement penchée sur l'épaule gauche ; on la ramène difficilement sur la ligne médiane, et, dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle reprend immédiatement la position indiquée. Les paupières sont mobiles, elles restent habituellement entr'ouvertes ; les deux globes oculaires sont déviés, le droit en dedans, le gauche en dehors. Le sillon naso-labial droit paraît moins prononcé que le gauche ; le nez est un peu tiré du côté gauche ; la bouche est entr'ouverte ; la lèvre inférieure n'est pas pendante ; on abaisse difficilement la mâchoire inférieure.

La déglutition est difficile. Le membre supérieur et le membre inférieur du côté gauche exécutent quelques mouvements spontanés ; ils ne retombent pas lorsqu'on les soulève ; ces mouvements existent aussi, mais moins prononcés, dans les membres du côté droit ; le chatouillement de la plante des pieds provoque des mouvements réflexes dans le membre inférieur ; le pincement des jambes détermine également des mouvements réflexes accompagnés de quelques plaintes. Le membre inférieur droit est dans l'extension et un peu contracturé ; le membre supérieur droit est aussi contracturé ; l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, les quatre derniers doigts fléchis dans la paume de la main, le pouce étendu sur l'index. On éprouve une certaine résistance quand on veut étendre l'avant-bras ou le fléchir ; lorsqu'on élève le membre et qu'on l'abandonne, il reste élevé pendant quelques instants et est pris dans cette position d'un léger tremblement. Le membre supérieur gauche n'est pas contracturé au même degré, mais on produit assez facilement les mouvements d'extension et de flexion.

Rien au cœur. Ventre ballonné. Petite tache violacée au sacrum. Miction involontaire.

23. — 37 à 39 inspirations ; P. : 102, inégal.

La tête n'est plus déviée. Paupières entr'ouvertes, nystagmus. La sensibilité à la douleur est conservée à gauche, diminuée et non abolie à droite. Le bras droit soulevé retombe comme une masse inerte ; quelques mouvements spontanés dans les membres du côté gauche. Teinte légèrement cyanique de la face. Un peu d'œdème des mal-léoles.

Une heure après cet examen, le membre supérieur droit soulevé ne retombe lentement qu'après être resté quelques instants élevé (comme la veille) ; une heure après, on constate de nouveau la flaccidité de ce membre.

Le soir, même état que le matin. P. : 120, très régulier. La paralysie faciale droite est très marquée.

24. — R. : 48; T. V. : 40°4; P. : 108, très petit, presque imperceptible, irrégulier. Coma. La respiration est plus bruyante que hier, sans être stertoreuse; la malade pousse des soupirs de temps en temps.

Le membre supérieur droit est soulevé sans aucune résistance; il retombe avec flaccidité. Le membre supérieur gauche offre plus de résistance lorsqu'on le soulève et il retombe moins rapidement. Les mouvements réflexes produits par le chatouillement de la plante des pieds sont moins prononcés à droite qu'à gauche.

La pupille droite est plus dilatée que la pupille gauche; la face froide, les lèvres cyanosées; raideur du cou; ballonnement du ventre.

Au niveau du sacrum, plaque érythémateuse avec sphacèle de la peau au centre de la plaque.

La malade meurt à une heure et demie du soir, après avoir eu des convulsions pendant quelques minutes.

AUTOPSIE, faite le 25. — *Crâne* : petite ecchymose située au-dessous du péricrâne, au niveau du frontal, à droite. A la face interne, le frontal offre des taches blanchâtres à contours irréguliers; au niveau de ces taches, sur la face externe, la vascularisation de l'os est plus prononcée.

Les *veines cérébrales* sont remplies de sang fluide; le sinus longitudinal contient un caillot récent.

Le *liquide céphalo-rachidien* est louche.

Les *méninges* de la face inférieure de l'encéphale sont épaisses, louches, principalement sur la ligne médiane, et contiennent des granulations tuberculeuses grises, appréciables seulement au niveau du feuillet qui recouvre l'espace sous-arachnoïdien antérieur. Les méninges de la face inférieure de la protubérance, celle du bulbe, surtout sur les parties latérales, sont très épaissies.

La *pie-mère* du fond des scissures de Sylvius, surtout celle de gauche, présente une plaque gris-jaunâtre paraissant infiltrée de pus. Sur la face inférieure des lobes frontaux, surtout à gauche, se voient des exsudats fibrineux et purulents(?), sous forme de l'étendue d'un grain de millet, à contours irréguliers, réunis les uns aux autres par de petites taches blanc-jaunâtre de même nature.

On a observé également, sur la face inférieure des lobes sphénoïdaux, un épaississement purulent (?) des méninges.

Sur les autres parties de l'encéphale, les méninges sont congestionnées et offrent quelques rares dépôts fibrineux au niveau des anfractuosités suivant le trajet des vaisseaux. Les méninges cérébrales s'enlèvent en entraînant avec elles la portion la plus superficielle des circonvolutions. Rien d'appréciable sur les coupes du cerveau.

Moelle épinière. — La face interne de la dure-mère est recouverte de très fines granulations tuberculeuses. On constate également, sur la face postérieure de la moelle, de nombreuses granulations.

Poumons. — Sont le siège d'une congestion hypostatique. Aucun tubercule.

Les autres viscères sont sains.

Observation XIV

(Docteur JOSIAS, *in* Th. CHANTEMESSE)

Le nommé L... (Sylvain), fumiste, âgé de trente et un ans, entre le 9 mai 1882 à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Ce malade ne peut fournir aucun renseignement précis sur ses commémoratifs.

Il paraît que hier il a gardé le lit avec de la fièvre et des troubles du langage.

Aujourd'hui, 9 mai, nous le trouvons dans l'état suivant: Facies égaré, pupilles normales, fièvre intense. Pouls, 100. T.: 40°. Parésie du membre supérieur droit. Le membre inférieur correspondant est sain. Il n'existe nulle part de troubles sensitifs. La langue n'est pas déviée; elle est humide, saburrale. Le malade répond bien aux questions qu'on lui pose, mais brièvement, et ne tarde pas à s'arrêter. Il cherche ses mots sans les trouver et s'en impatiente.

Il lit fort bien son journal. Pas de cécité verbale. Le malade ne sait pas écrire. Tremblement vertical des mains très accusé (pituites antérieures, excès alcooliques). Pas de vomissement. Pas de délire. Pas d'agitation. Constipation.

Lavement avec 40 grammes de sulfate de soude.

10 mai, matin: État de collapsus d'où il est difficile de tirer le malade. Aphasie complète. Paralysie faciale droite (??) Parésie du mem-

bre thoracique droit avec contracture légère. Pupilles également dilatées. Langue rosée, humide, non déviée. Pas de tremblements de la langue, ni des lèvres. Raideur du cou (?). Dysphagie. Constipation. Oppression. Rien dans les poumons. Battements du cœur normaux, précipités. Pouls fréquent, 96. Fièvre intense. Réflexe plantaire conservé. Pas d'analgésie. Il semble qu'il existe un léger retard de la sensibilité à la douleur sur le membre thoracique droit.

Quatre ventouses scarifiées sur la région de la nuque. Calomel.

Soir : Assoupissement ; pas de délire bruyant. Le malade s'est levé machinalement pour aller uriner dans l'urinoir de son voisin ; puis s'est couché tranquillement. Fièvre intense. P.: 100 ; T.: 40° ; R.: 36. Aphasie complète. Contracture légère du membre thoracique droit, sans analgésie. La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Raideur moindre de la nuque. On n'a pu faire prendre au malade ni son calomel, ni de la nourriture.

Lavement avec 40 grammes de sulfate de soude.

11. — Stertor. Collapsus. Pupilles également dilatées, se contractant sous l'influence de la lumière. Aphasie. Contracture légère du membre thoracique droit. Le malade est couché en zigzag. Pendant qu'on l'examine, le malade semble sortir de sa torpeur, ce qui permet une fois de plus de constater son aphasie.

Soir : Pouls fréquent, 108, régulier, assez souple. Pas de contracture du membre thoracique droit. Deux épistaxis légères. Les pupilles sont inégalement dilatées. La gauche plus dilatée. Facies égaré ; réponses incompréhensibles ; aphasie persistante. Il est couché en zigzag. Hyperesthésie musculaire dans les mollets principalement. Ventre plat, déprimé. Taches méningitiques très nettes. Battements du cœur tumultueux. Pointes de feu à la nuque.

12. — A midi, le malade a une attaque épileptiforme caractérisée par un cri initial, des convulsions, de l'écume à la bouche et une respiration stertoreuse. Pas de paralysie du membre inférieur droit. Réflexes plantaires conservés. Anesthésie et analgésie du membre supérieur droit. Pupilles dilatées, surtout la gauche. Pas de dysphagie ni de vomissements. Aphasie persistante. Battements du cœur fréquents, sans souffle. Pointes de feu à la nuque. Vésicatoires sur les cuisses.

12. — Torpeur. Pas de paralysie du membre thoracique droit. Le bras soulevé ne retombe pas inerte. Pupilles dilatées. Aphasie.

14. — Le malade s'est levé plusieurs fois dans la nuit. Dilatation

des pupilles. Pas de paralysie. Aphasie persistante. Langue sèche, fuligineuse.

Soir : Pas de délire de parole. Collapsus. Respiration stertoreuse. Le malade regarde ses mains tremblantes, dont les doigts semblent désigner un objet imaginaire ; il ramène constamment les doigts sur sa poitrine. R. : 40 ; P. : 128 ; T. : 39°6.

Inspiration bruyante, expiration sifflante. Pupilles également dilatées. *Bras droit en contracture*, ne retombant pas inerte sur le lit. Analgésie. Diminution de la sensibilité à la douleur dans les autres points du corps. Rien en avant de la poitrine. En arrière, râles sibilants et muqueux. Ventre aplati. Rétention d'urine (cathétérisme, 750 grammes environ). L'urine a une réaction acide, d'une densité = 1022. Pas d'albumine.

15. — Pupilles également dilatées. Sueurs sur la figure, qui est légèrement cyanosée. Respiration bruyante. Mouvements alternatifs des ailes du nez. R. : 64 ; P. : 120 ; T. : 40°6. Contracture du membre thoracique droit. Carphologie.

Soir : Pas de phénomènes particuliers jusqu'au moment de la mort, qui survient à quatre heures et demie. Un quart d'heure avant la mort, la température égale 42°5.

AUTOPSIE, faite le 17 mai. — Rien de particulier sur la dure-mère. Celle-ci étant incisée, on voit l'hémisphère gauche parsemé de plaques grises, surtout au niveau du tiers moyen ou pariétal. Ces plaques grisâtres ne se trouvent pas sur l'hémisphère du côté opposé. En même temps, les vaisseaux sont très congestionnés.

Hémisphère gauche. — Les plaques grisâtres, fibrino-purulentes, occupent principalement la partie postérieure de la première et de la deuxième frontales, le tiers supérieur de la frontale ascendante, le tiers moyen du sillon de Rollando, la circonvolution pariétale inférieure. Sur la troisième frontale, à la partie postérieure, existent de nombreux points exsudatifs, fibrineux, grisâtres.

Sur la sylvienne, nombreux points gris, blanchâtres. Ça et là, suivant toujours le trajet des vaisseaux, des îlots grisâtres et des points blancs.

Aucune adhérence entre la dure-mère et l'arachnoïde. Dans le sillon qui sépare la deuxième et la troisième frontales existe, dans le tiers postérieur, une masse gélatiniforme assez consistante, paraissant infiltrée de granulations tuberculeuses.

Hémisphère droit. — Quelques îlots blanchâtres, gros comme une tête d'épingle, disséminés.

A la base, le cerveau présente, le long des artères sylviennes, quelques points d'un exsudat gris-verdâtre. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est notablement distendu par de la sérosité, principalement au voisinage de la protubérance et du bulbe.

A la partie postérieure du lobe médian du cervelet, dans la grande échancrure postérieure de cet organe, la pie-mère présente un aspect trouble, dû à un exsudat fibrinéo-purulent. L'arrachement de cet exsudat montre qu'il existe une adhérence à ce niveau entre le cerveau et la pie-mère.

Poumons. — Les poumons, le droit surtout, sont pavés de tubercules gris-jaunâtres. Les autres organes sont sains.

Chez ce malade, dès le premier jour de la maladie, on trouve de l'aphasie incomplète, de la fièvre et de la parésie du bras droit.

L'aphasie se complète vers la fin de la maladie. La parésie du bras droit alterne avec la contracture. La température reste très élevée, le pouls fréquent, sans irrégularité et sans qu'il y ait à un moment donné de ralentissement. Il y a de l'inégalité intermittente des pupilles. Constipation, rétraction du ventre, hyperesthésie musculaire, raie méningitique; pas de vomissements.

En présence de ces symptômes, le diagnostic se pose avec le ramollissement cérébral et peut-être l'hystérie. Mais la température est toujours élevée et n'est le fait ni du ramollissement ni de l'hystérie. La fièvre hystérique est plus modérée, et dans le ramollissement il y a abaissement de la température, dès que les lésions se sont produites.

Les poumons sont remplis de tubercules.

L'inégalité pupillaire n'est pas le propre de l'hystérie. Enfin la constipation, la rétraction du ventre, l'hyperesthésie musculaire, la raie méningitique, l'attaque épileptiforme, plaident en faveur de la méningite.

L'autopsie montre, en effet, une tuberculisation généralisée des méninges, avec prédominance des lésions au niveau de la circonvolution de Broca et de la partie supérieure des zones fronto-pariétales.

Observation XV

(RÉSUMÉE)

(In thèse LYONNEL-MÉLOIR, 1888)

Le nommé A. R. . . . , âgé de trente ans, employé de chemin de fer, tempérament lymphatique, constitution faible, est entré le 3 juillet 1884 à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — On ne trouve nulle part trace de tuberculisation, ni du côté du père, ni du côté de la mère, qui vivent encore.

Antécédents personnels. — Ce garçon est toujours resté maigre, mais d'une santé assez bonne; il fut soldat; il mène une vie régulière et très sobre. Depuis un an environ, il tousse souvent et a quelquefois des sueurs nocturnes. Cependant sa mère n'a jamais remarqué qu'il ait maigri, quand, le 17 juin 1884, en rentrant de son travail, il tomba subitement malade; il faut dire que, depuis quatre mois, il vomissait de temps à autre les aliments.

Le 17 juin, il s'était assis sur les fortifications quand il perdit tout à coup connaissance. Relevé par un passant, il fut ramené chez lui et couché. Aussitôt il fut pris de convulsions dans la face; la bouche était déviée sans pouvoir parler. Au bout de peu de temps, ces phénomènes disparurent. Il eut plusieurs selles sous l'influence des lavements purgatifs.

Le 18 et jours suivants, céphalalgie; la parole est revenue. Subdélirium. Hallucinations passagères. Le malade prenait quelques aliments.

Cet état persiste pendant douze jours, jusqu'au 1^{er} juillet par conséquent.

Le 2 juillet, difficulté pour parler, nasonnement. On le mène à l'hôpital.

3. — Jour de l'entrée, il peut encore marcher aidé de quelqu'un.

Le 4 au matin, hémiplegie de tout le côté gauche avec perte incomplète du mouvement et du sentiment. Hyperesthésie de la cuisse droite. Ventre rétracté. Tache méningitique persistant longtemps. Peau chaude. Le poulx bat 80 pulsations à la minute. Pupilles contractées; mâchonnement; langue couverte d'un enduit humide et collant au doigt.

L'auscultation et la percussion ne donnent aucun signe morbide.

5. — Hémiplegie plus complète, surtout du sentiment. Contracture des muscles du cou à droite, hyperesthésie du côté droit. 40 inspirations par minute. Poulx, 112 pulsations.

6. — Fièvre assez intense, 54 mouvements inspireurs par minute.

Peau chaude et sèche. 134 pulsations. Le malade fume la pipe du côté gauche. Pupilles très contractées. Contracture du cou. Tressaillement des tendons.

Pas de vomissements; le malade a une selle.

La sensibilité est presque éteinte, même du côté droit.

Enfin le malade succombe le même jour, à cinq heures du soir.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut faite le 8 juillet, trente-six heures après la mort.

Poumons. — Les poumons sont farcis de granulations envahies par la matière tuberculeuse, quelques-uns plus gros se trouvent au sommet droit, où il y a une petite caverne.

Le foie et la rate sont le siège de petits noyaux tuberculeux.

Cerveau. — Le cerveau présente de la méningite dans toute son étendue. Les scissures sont accolées; les ventricules dilatés et d'innombrables granulations existent dans les méninges. Ça et là on rencontre un peu de pus. Le lobe moyen du côté droit au niveau de la partie supérieure de la scissure de Sylvius présente une altération. Là, en effet, c'est la méningo-encéphalite; les points du cerveau correspondants, dans une étendue de 5 centimètres carrés, sont jaune rougeâtre; deux ou trois points sont même d'un noir profond, comme s'il était fait en ces points une petite exhalation sanguine. Les vaisseaux qui parcourent la scissure sont agglutinés ensemble par une masse fibrineuse qui contient une quantité de granulations.

Chez ce malade, les vomissements et l'attaque épileptiforme, précédant de quatre mois l'éclosion de la maladie eussent pu faire soupçonner la nature du mal, mais c'est seulement les accidents ultimes qui ont donné l'éveil.

Nous retrouvons ici, outre l'attaque épileptiforme, de l'embarras de la parole, de l'hémiplégie. Pas de vomissements, pas de diarrhée. Il existe un phénomène particulier, c'est la constatation d'une hyperesthésie de la cuisse droite qui eût pu faire penser à une pseudo-méningite hystérique.

Observation XVI

(GOMBAULT, in Thèse de CHANTEMESSE)

Legas B..., pâtissier, âgé de vingt-deux ans, entre dans le service de M. Gombault, à l'hôpital Tenon, le 31 juillet 1882.

A Paris depuis onze mois, le malade n'a eu antérieurement aucune affection sérieuse ; ses parents habitent la Bretagne, vivent encore et ne paraissent atteints d'aucune affection diathésique. Il exerce à Paris le métier de pâtissier ambulant, et semble avoir été soumis à beaucoup de privations.

Il y a quatre mois, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de bronchite ; depuis ce temps-là, il a toujours toussé. Il a beaucoup maigri ; n'a jamais eu d'hémoptysie.

A son entrée, nous trouvons des signes bien nets de phtisie à gauche : submatité et râles cavernuleux. On trouve également à droite quelques craquements. Le malade est fébrile. Prescription : 0 gr. 50 sulfate de quinine. Potion calmante. Vésicatoire.

On continue le sulfate de quinine pendant quelques jours ; la fièvre tombe, mais les lésions pulmonaires progressent rapidement.

Le 12 août, on nous raconte que le malade a été pris pendant la nuit d'une paralysie du côté droit ; cette paralysie est venue sans perte de connaissance ; le malade a senti d'abord une faiblesse dans la jambe, puis dans le bras ; en quelques minutes, il s'est aperçu qu'il était paralysé de tout le côté droit.

Cette paralysie n'est pas complète ; il existe encore quelques mou-

vements, peu étendus, il est vrai, plus marqués au membre supérieur.

La sensibilité, quoique très obtuse, est un peu conservée.

Le côté droit de la face semble légèrement œdémateux. L'orbiculaire est atteint; la langue est un peu déviée. La parole est embarrassée, la prononciation des mots très difficile, mais quand on présente au malade un objet, il en dit le nom immédiatement. Il n'existe pas d'aphasie.

Les réflexes de la pituitaire et de la conjonctive sont abolis à droite. Pas de troubles oculaires. Le tic-tac d'une montre, perçu à 0,30 centimètres de l'oreille gauche, ne l'est qu'à 0,08 centimètres de la droite.

Le soir, les mouvements du côté droit sont plus libres, la sensibilité est retardée, mais moins obtuse que le matin.

Le 13 août, la motilité est encore améliorée; le malade peut porter le bras à la bouche. Le soir, l'hémiplégie est complète.

Le 14 août, au moment de la visite du matin, en examinant le malade, nous voyons d'abord les zygomatiques du côté droit se contracter à intervalles assez espacés. Bientôt les contractions se rapprochent, gagnent tous les muscles de la face et même l'orbiculaire. Cette attaque dure environ une minute et demie; elle n'est pas accompagnée de perte de connaissance. Les pupilles sont très dilatées.

Aujourd'hui, le malade ne peut plus dire le nom des objets qu'on lui présente, tels qu'un crachoir ou un livre; il reconnaît une cuiller.

17. — La paralysie reste complète; l'aphasie est maintenant très nette; à toutes les questions, le malade répond invariablement oui. La conjonctive droite suppure un peu. Les pupilles sont toujours très dilatées.

20. — Le malade peut aujourd'hui prononcer quelques mots, il parvient même à se faire comprendre. Aucun changement dans la motilité.

22. — Aphasie complète; le malade répond toujours oui.

22 au 27. — L'état reste sensiblement le même; le côté paralysé semble être le siège de douleurs assez vives. Le malade chaque matin désigne avec un air pleurard son bras droit. Est-ce parce qu'il en souffre? Est-ce parce qu'il est désolé de voir la paralysie persister? Nous ne pouvons à cet égard que faire des suppositions. Il meurt le 27 août, sans avoir eu de convulsions, ni de vomissements, ni d'irrégularité du pouls.

A l'autopsie, on trouve les poumons farcis de tubercules, le sommet gauche offre une grande excavation.

Les reins, le foie sont congestionnés, mais non plus que sur le péritoine on n'y découvre de granulations tuberculeuses. La vessie est remplie d'urine ; le malade semble avoir eu de la rétention dans ses derniers moments.

Le cerveau est enlevé sans difficulté ; la dure-mère n'est nulle part adhérente. D'une façon générale, les méninges semblent un peu épaissies, mais tandis qu'à droite on ne trouve rien d'anormal, sinon cet épaississement peu prononcé d'ailleurs, on constate, au contraire, du côté gauche des lésions intéressantes.

De l'extrémité externe de la scissure de Sylvius, se dirigeant obliquement en haut et en arrière, s'étend une bande large de 1 centimètre et demi environ, au niveau de laquelle les méninges contiennent des granulations très apparentes. Ces granulations sont rangées le long des vaisseaux ; on en compte de huit à dix par centimètre carré ; elles semblent un peu plus nombreuses vers la partie inférieure. En avant et en arrière, cette zone est assez nettement limitée.

La substance cérébrale sous-jacente est d'une consistance moins ferme que celle de l'hémisphère correspondant. La décortication est aussi moins facile, et, en enlevant les méninges à gauche, on enlève de la substance cérébrale au niveau de la zone où on trouve des tubercules.

Cette zone comprend la frontale et la pariétale ascendantes ; elle s'étend jusqu'au lobule paracentral ; le pied des frontales antérieures est également atteint.

La substance corticale adhérente aux méninges à ce niveau est ramollie suivant une épaisseur variable qui semble être sur les coupes d'environ 1 centimètre.

Les noyaux centraux sont parfaitement sains. Au niveau du chiasma et de la protubérance, on ne voit pas à l'œil nu de granulations tuberculeuses. Les méninges sont simplement un peu épaissies.

L'olive cérébelleuse gauche est un peu ramollie : elle est déprimée et légèrement grisâtre.

Rien d'apparent sur une coupe de la protubérance.

Observation XVII

(RIGAL, in thèse de CHANTEMESSE. — RÉSUMÉE)

Antécédents. — La malade, âgée de quarante-six ans, est encore menstruée régulièrement. Très nerveuse, impressionnable, irri-

table. Elle est très active, fiévreuse et agitée dans tout ce qu'elle fait. A eu six à sept enfants. A eu à diverses reprises de la dyspepsie avec gastralgie et hystéralgie. Bonne santé habituelle. Pas d'hérédité nerveuse. La région péri-utérine et les ovaires sont le siège d'une sensibilité assez vive à la pression, sans trace d'inflammation ou de tumeur.

La maladie a débuté le dimanche 10 décembre par un temps froid. Après diverses courses, M^{me} F. rentra chez elle et se plaignit bientôt de malaises, de frissonnements et de mal de tête.

Deux jours après, mouvements fébriles bien nets, peau chaude et moite, le pouls est à 108, assez ample, face colorée; céphalalgie occupant tout le crâne, mais surtout marquée au niveau du sinciput; un peu de sensibilité à la pression au niveau de cette région, pression douloureuse au niveau des points d'émergence des nerfs sous-occipitaux. Douleur légère à la gorge sans qu'on trouve rien à l'inspection. Anorexie. Ventre un peu météorisé et sensible au niveau de l'épigastre. Pas de sensibilité ovarienne ou utérine. Insomnie. Intelligence nette. A plusieurs reprises, de petits frissons suivis de chaleur et de sueur.

En présence de ces caractères un peu rémittents de la fièvre, de l'anorexie, de l'intensité de la céphalalgie, M. Rigal pensa à un embarras gastrique et prescrivit un vomitif.

13 décembre. — La malade prend le vomitif, a quelques efforts de vomissements, vomit quelques mucosités et un peu de bile, mais n'est pas soulagée.

14. — Même état. Quinine.

15. — Céphalalgie moindre, le pouls est tombé à 92 pulsations. Agitation et insomnie diminuées. La malade se trouve mieux et prend du potage. On continue la quinine et on donne du chloral.

16. — Mauvaise nuit, agitation, céphalalgie, insomnie. La céphalalgie est localisée au niveau de la région sincipitale, dans un espace de 7 à 8 centimètres; elle a les caractères d'une brûlure. La pression est à peine douloureuse, sauf au sommet du crâne dans un point très limité (clou hystérique). Pandiculations, bâillements.

La malade est très agacée, découragée et se plaint de l'insomnie et de l'agitation des nuits. Alimentation toujours insignifiante.

En présence de cette céphalalgie à siège et à caractères singuliers, du clou hystérique et des phénomènes nerveux que présente la malade, on pense à la fièvre hystérique. Suppression de la quinine.

Teinture d'aconit, XII gouttes et chloral 3 grammes pour le soir.

17. — Même état. Alternance de dépression et d'agitation ; tantôt voix mourante et tantôt voix forte. Suppression de toute médication. Bouillon, lait, potages.

18. — Même état. T. : matin, 39°2. 15 milligrammes de morphine.

19. — Même douleur brûlante au sinciput. Même agitation nerveuse, même insomnie. T. : 38°4 ; P. : 104. Sensation de serrement à la gorge et non sensation de boule.

20. — La malade a pris la veille au soir un lavement qui lui a barbouillé (*sic*) le ventre. La nuit, même malaise, insomnie et constriction à la gorge. Vers quatre heures du matin, la malade a senti le ventre se gonfler et s'est sentie étouffer.

Elle avait des sueurs, les mains froides.

Arrivé auprès de la malade, M. Rigal constate que tout s'est apaisé : la respiration est calme, le facies est naturel, sauf un peu de pâleur ; le pouls est bien frappé, à 104 ; les mains sont un peu froides et moites ; le ventre est seulement légèrement ballonné. Il conclut qu'il s'était probablement produit une attaque de dyspnée hystérique.

Le soir, la malade est dans le même état que la veille. P. : 100 ; T. : 38°4.

21. — Rien à noter.

22. — Mêmes phénomènes. De plus, l'intelligence paraît troublée. La malade se plaint vivement de paquets de nerfs qui se tortillent, se roulent dans son ventre, se gonflent, se serrent, lui donnent comme des coups de griffe ; elle est très découragée. Il y a évidemment un commencement de délire.

23. — Le délire s'est accentué et prend la forme mélancolique ; la malade ne parle plus des paquets de nerfs, mais elle se lamente, se désespère, dit qu'elle va mourir. Elle dit cela sur un ton dégoûté, sans animation. Pouls à 120, *tantôt rapide et tantôt lent*. T. : 38°2. Même insomnie, même anorexie.

La malade ne se plaint pas de la tête, ni de la constriction de la gorge.

Les urines contiennent un léger nuage d'albumine par l'acide et la chaleur ; carbonates et urates en abondance. Elles ont été jusqu'ici peu abondantes et ont toujours présenté l'aspect d'urines fébriles. Elles réduisent le fehling et paraissent contenir du sucre en petite quantité.

Souffle doux à la pointe du cœur au premier temps. Constipation (magnésie, deux cuillerées à café).

« 24. — La malade ne se plaint plus ; la scène a changé. La malade fait machinalement tout ce qu'on veut ; boit, mange ; elle demande souvent à manger ; elle se trouve bien, n'accuse aucune douleur. Quand on ne l'interroge pas, elle ne dit rien, regarde d'un air indifférent ou paraît plongée dans ses pensées.

» Pouls très irrégulier, série de pulsations rapides et série de pulsations plus lentes, en moyenne de 120 à 130.

» Depuis hier, cinq garde-robes par la magnésie contenant beaucoup de matières fécales.

» Rien, dans l'attitude de la malade, n'indique un danger ; mais, dans la crainte que ce délire ne persiste ou qu'il ne survienne quelque chose d'imprévu, je provoque une consultation avec M. Lasèque.

» 25 décembre. — Consultation à cinq heures un quart. On nous raconte que la malade a dormi environ deux heures. Elle a déliré toute la nuit, parlant toujours de sa fin prochaine, de cercueil, etc. Dans la matinée, elle a eu beaucoup d'agitation pendant deux à trois heures, elle voulait se lever, on a été obligé de la maintenir dans son lit. Elle s'est alimentée convenablement et a pris cinq potages, un œuf, du jus de viande et plusieurs tasses de lait et de bouillon.

» Nous la trouvons dans l'état suivant : Facies altéré, *amaigri*, regard indifférent, elle ne paraît s'occuper de rien autour d'elle ; c'est au point qu'on dirait que *la vision* est abolie. Elle est affaissée, repose sur le côté droit. Pour l'ausculter, on est obligé de la soulever de force, elle tombe dans les bras comme une masse inerte. Les conjonctives sont injectées, la face moyennement colorée. Quand on l'interroge, elle répond par quelques mots sans suite, n'ayant aucun rapport avec la demande ; cependant on la prie de regarder l'heure qu'il est à une montre, elle regarde avec attention et répond sans hésiter cinq heures quarante, ce qui était exact. La peau est chaude ; le pouls bat 128 fois, il est mou, dépressible. Rien aux poumons, au cœur, au ventre ; celui-ci est souple, sans météorisme. Par moment, un peu d'anhélation.

» M. Lasèque, considérant la durée et la persistance du mouvement fébrile, l'état du collapsus cérébral, pense que nous devons nous trouver à la période ultime d'une maladie inflammatoire diffuse du cerveau, comme une méningite subaiguë à forme exceptionnelle. Il n'avance cette idée qu'avec précaution, n'ose se prononcer sur la na-

ture de la maladie cérébrale, mais il croit pouvoir affirmer celle-ci, et porte le pronostic le plus grave ; il s'attend à une mort prochaine. Il dit qu'il n'a vu cette forme de délire, qui est plutôt une absence de raisonnement qu'un délire et dans lequel il n'y a aucune conception délirante déterminée, il ne l'a vu, dis-je, que dans la période ultime des maladies cérébrales diffuses, principalement dans la paralysie générale à la période de démence. Cette absence de raisonnement n'appartient, dit-il, qu'aux formes graves des maladies du cerveau.

» Les opinions de M. Lasègue ne me paraissent ni bien claires, ni bien nettes ; je partage son opinion relativement au pronostic tout en gardant cependant plus d'espérance. Je ne comprends pas bien cette maladie cérébrale qui, pendant quinze jours, ne s'est caractérisée que par une céphalalgie singulière (à forme de brûlure), sans nausée, ni vomissements, sans troubles de l'intelligence. Les premiers troubles intellectuels ne sont survenus que depuis trois jours, et encore semblaient-ils consister dans une interprétation bizarre des sensations abdominales (paquets de nerfs) plutôt que dans un vrai délire ; sur tous les autres points, l'intelligence était très nette.

» Je ne sais pas ce qu'il y a dans ce cerveau, mais j'avoue que rien ne m'autorise à admettre une grosse lésion anatomique ; je trouve que la situation est un peu analogue à celle qui existe dans les maladies ataxiques pendant la période de collapsus qui succède à un délire violent (variole, fièvre typhoïde, etc.). Je me demande s'il n'y aurait pas là une sorte de névralgie, de collapsus cérébral sans lésion notable, résultant de l'insomnie, de l'absence d'alimentation et de la fièvre pendant quinze jours sur un sujet un peu surmené et nerveux. Je considère la reprise de l'alimentation depuis hier comme une bonne chose et non comme un phénomène cérébral, une sorte de manque de raisonnement, comme le dit M. Lasègue.

» Nous prescrivons six paquets par jour : calomel 0,05 et oxyde de zinc 0,20 centigrammes ; le soir, 0,02 centigrammes d'extrait de belladone.

» 25 décembre (8 heures du soir).— On vient me dire que la malade présente une turgescence avec rougeur de tout le visage ; je fais appliquer un vésicatoire à la nuque et prescris des sinapisations répétées.

» 26. — Un peu moins d'abattement que la veille ; l'œil est un peu meilleur et la langue plus humide. Même délire incohérent, alternance de mutisme et d'agitation légère pendant laquelle la malade prononce

des mots sans suite. Aucune paralysie. Habituellement, raideur générale, résultat d'une contraction des muscles que la malade effectue sans qu'on sache pourquoi ; elle serre les mâchoires, étend les bras ou fléchit les doigts avec force et reste dans cet état pendant plusieurs minutes.

» Elle a une grande tendance à porter *tout le corps à droite*. Elle tremble légèrement, quand elle exécute un mouvement ou tire la langue. Elle garde les attitudes que l'on donne à ses membres pendant quelques secondes, comme dans un état semi-cataleptique. Sensibilité au pincement intacte.

» Etat fébrile : pouls à 120, *très régulier*. Poussées à tout instant de sueurs peu abondantes.

» La malade urine sous elle. Elle se gratte à chaque instant les lèvres, le nez, la poitrine et la région sacrée, et s'écorcherait, si on ne la surveillait.

» Pas de garde-robe ; ventre souple, ni rétracté, ni météorisé. Rien au cœur, ni aux poumons. L'alimentation se fait toujours bien. Les yeux sont toujours injectés ; le regard est indifférent, hagard.

» 27. — Même situation que la veille en tous points.

» 28. — Aggravation sensible. Plus d'abattement que les jours précédents, où la malade se levait assez souvent sur son séant, prononçait des mots sans suite et cherchait à sortir de son lit. Aujourd'hui elle est plus prostrée et se remue beaucoup moins.

» Même délire. Par moments, les yeux sont grandement ouverts et hagards. Assez souvent, toutes les demi-heures environ, accès de dyspnée, consistant en 30 à 40 respirations profondes et précipitées, après lesquelles la respiration reprend son type normal.

» Pouls oscillant entre 130 et 144, à peu près régulier ; cependant les pulsations ne sont pas toutes absolument également distantes, ni frappées. Peau chaude, un peu morte.

» Ventre météorisé d'une manière notable. Râles sous-crépitaux volumineux aux deux bases des poumons, indiquant la congestion hypostatique. Langue un peu sèche, gorge couverte de mucosités comme dans l'angine des typhiques.

» Déglutition difficile ; la malade ne prend que quelques cuillerées à café de bouillon ou de vin, de temps en temps.

» M. Gubler est appelé en consultation. Il constate les mêmes phénomènes ; de plus, il trouve que le côté gauche du visage se contracte moins bien, et, comme la malade se sert plus volontiers de ses mem-

bres gauches que de ses membres droits (ce que j'attribue à ce qu'elle est toujours couchée sur le côté droit), il serait disposé à admettre un commencement de *paralysie alterne*.

» Son diagnostic serait : méningite avec un foyer plus accentué dans la région bulbaire ; peut-être y aurait-il dans la protubérance ou le bulbe un petit foyer de ramollissement.

» Prescription : glace sur la tête, 6 ventouses sur les épaules ; injection matin et soir de 0,20 centigr. de bromhydrate de quinine.

» Le soir, même situation. Pouls à 144. La malade avale encore plus difficilement. La paralysie alterne (??) me paraît encore moins appréciable que ce matin.

» En y réfléchissant de plus en plus, je pense qu'en effet, il faut dire méningite, et, étant donné la durée de cette maladie, son début si insolite, j'avoue que je serais porté à dire méningite tuberculeuse, cette maladie affectant les formes les plus diverses.

» 29. — Même état que la veille. Pouls à 144, faible. Respiration fréquente à 40, avec de petits accès de mouvements respiratoires *plus fréquents*, au nombre de 10 à 12 en sept ou huit secondes. Aucune paralysie plus accentuée. La sensibilité est conservée ; la malade sent très bien la piqûre d'une injection sous-cutanée d'éther. Perte de connaissance, regard vague, mutisme ou marmotement de mots sans suite. Carphologie. Ni tremblements, ni soubresauts des tendons. Langue assez sèche. Gorge tapissée de mucosités. Angine pultacée de moyenne intensité comme dans la fièvre typhoïde. Ventre météorisé. Incontinence d'urine. Mort dans la journée.

» Mes impressions sont toujours les mêmes. Je crois à une méningite, probablement tuberculeuse, ayant affecté les parties postéro-inférieures des méninges (pas de paralysies, fréquence du pouls et accès de dyspepsie, phénomènes bulbaires). Tout cela a été obscur, et une vérification anatomique eût été bien nécessaire. »

Observation XVIII

(INÉDITE)

(Service de M. le professeur MAIRET)

(Recueillie par M. le docteur BOSC, chef de clinique)

Méningite tuberculeuse. Troubles de la sensibilité et de la motricité, attaques apoplectiformes et épileptiforme.

Victorine Mal. . . , âgée de vingt et un ans, infirmière.

Nous avons interrogé la mère pour savoir s'il n'existait pas quelque tare dans les antécédents héréditaires de la malade ; mais cet interrogatoire ne nous a permis de trouver dans les antécédents qu'une mort subite chez le père, à l'âge de quatre-vingts ans. La mère paraît peu développée intellectuellement, et usée par le travail des champs.

Antécédents personnels. — Nous ne trouvons rien de particulier dans les antécédents de la malade. Cependant, depuis qu'elle est à l'hôpital comme infirmière, nous l'avons vue trois fois à l'infirmerie. Une première fois, parce qu'elle se sentait fatiguée, n'avait plus d'appétit et s'essouffait vite ; elle se plaignait de palpitations et de mauvaises digestions. Nous pûmes constater à ce moment une anémie prononcée. Sous l'influence d'une bonne alimentation, ayant débuté par le régime lacté, du fer et des reconstituants de toute sorte, la malade reprend vite son service. Une deuxième fois, elle monte à l'infirmerie, pendant l'épidémie de grippe de janvier 1889. Le 1^{er} janvier, elle se sent un malaise général, a grand mal à la tête, la face est congestionnée, elle a des douleurs dans les reins, et on constate une agitation considérable, elle ne peut tenir en place, et est très énervée.

Le pouls bat 135 par minute, et la température axillaire est à 39°5 le matin. Dyspnée assez marquée, correspondant à une bronchite aiguë. La température se maintient élevée pendant quatre jours avec un pouls à 120, un affaissement très grand, la malade est essouffée et fatiguée au moindre effort. Toux.

Au bout de cinq jours, la température baisse, oscille entre 37 et 38°, et cependant le pouls se maintient entre 120 et 130. C'est ainsi que, le 9 janvier, la physionomie de la malade est très affaissée, la face est pâle, les yeux sont cernés.

P. : 130, faible, dépressible, très émotif. La malade tousse et craque beaucoup. Quelques râles de bronchite persistent et sont localisés aux sommets. T. : 37°8 le soir.

Le 10, le pouls est de 144, quoique la malade se trouve mieux.

Les jours suivants, l'affaissement diminue, la température revient à la normale et la toux est insignifiante. Au bout de six jours, la malade reprend son service en bon état, avec cependant de temps à autre quelques petits accès de toux sèche avec quelques râles de bronchite dans les sommets.

Elle garde de sa grippe son pouls très vite et très émotif, des palpi-

tations répétées à la moindre chose, un éréthisme circulatoire très marqué. C'est ainsi qu'elle sentait le sang lui affluer au cerveau ; elle avait des sueurs abondantes à la tête, de l'affaissement et un dégoût de tout.

C'est une malade de taille moyenne, une grosse lymphatique à chairs molles, à peau transparente et rosée aux pommettes, aux yeux saillants, à grosses lèvres, à cheveux blonds, résumant le type vénitien.

Histoire de la maladie. — Dans la nuit du 14 au 15 février, à dix heures du soir, la malade était assise sur un fauteuil, le bras droit replié en arrière et tout le corps portant à faux sur ce bras. Elle causait, assise avec la veilleuse, quand tout à coup elle ressent un grand fourmillement dans le bras droit surtout le long du bord cubital. En même temps, elle constate un engourdissement profond qui tient les doigts, qui gagne ensuite le bras, atteint la face et qu'elle sent enfin arriver jusqu'au cerveau. Puis cette sensation disparaît en redescendant le long de l'épine dorsale. Au même instant, le sang lui monte violemment à la tête : elle éprouve une vive souffrance au niveau des deux tempes et dans la région occipitale. Elle demeure ainsi quelques secondes émue, très frappée de ce qui vient de se passer et de ce qui se passe encore dans sa tête, et elle s'aperçoit, avec terreur, qu'elle ne peut plus parler à la veilleuse. Sa langue s'embarrasse, et elle a beau faire des efforts elle ne peut pas articuler un seul mot. Puis, au bout de quelque temps, elle parvient à prononcer quelques mots, mais elle ne peut pas finir ses phrases, bredouille et s'impatiente. Cet état disparaît en grande partie au bout de demi-heure.

A minuit, les mêmes phénomènes se reproduisent. Elle devient très rouge, puis pâlit ; elle est comme étourdie, alourdie, elle s'aperçoit que son bras est à moitié endormi et qu'elle ne peut pas s'en servir comme elle le voudrait. Elle avait même perdu toute sensibilité, le bras lui paraissait très lourd, et quand elle touchait quelque chose elle avait la sensation du coton. Elle était incapable de serrer ses doigts qu'elle ne sentait plus et il y avait en même temps disparition complète de sensation de la position du membre. Spasme glosso-labié énergique que nous verrons persister encore le lendemain.

15 février, matin. — La malade marche en penchant fortement sur le côté droit. La face est très violemment congestionnée, les yeux sont humides, brillants, la peau est moite, mais sans chaleur. Elle a comme

un brouillard devant les yeux ; elle s'impatiente très facilement et est dans un état de surexcitation prononcé.

C'est à peine si elle peut prononcer quelques mots. Elle ne peut pas arriver à finir les phrases même les plus simples ; elle bredouille, s'impatiente, renonce à parler et est près de pleurer. On lui présente un papier sur lequel est écrit et la phrase bien simple : « Elle voit un brouillard. » La malade regarde, essaie de fixer son attention sur la feuille, mais elle fait des signes de dénégation avec la tête ; on a beau la lui présenter de nouveau, elle essaie de lire, puis se laisse retomber sur l'oreiller, en disant : « Je ne puis dire ce qu'il y a. » Après avoir essayé à de nombreuses reprises, sans succès, on lui demande si elle reconnaît les lettres. Elle répond que oui. Elle épelle en effet les mots « elle » et « voit », mais arrivée au mot brouillard, et après avoir épélé chaque lettre, impossibilité absolue de prononcer le mot. Elle émet des sons incohérents « Bi...i...ni. »

Ayant essayé plusieurs fois, elle s'énerve et se met à pleurer. On lui donne une plume et on la force d'écrire son nom et celui de son village. Elle tourne la plume à l'envers et ne la tient que très maladroitement entre ses doigts. Elle essaye d'écrire mais ne fait que quelques zigzags incohérents.

Elle jette sa plume, dépitée ; on la lui fait reprendre et, quoiqu'elle surveille attentivement ses doigts, elle met encore la plume à l'envers.

Elle finit cependant par la tenir convenablement, mais lâchement et sans serrer les doigts. La malade ne peut plus coordonner les mouvements des doigts pour se servir de sa plume ; il semble qu'elle ait désappris les règles enseignées.

On note des points douloureux à la pression, dans les régions sus et sous-mammaire, mais une douleur semblable s'éveille à la pression de tous les espaces intercostaux.

Point ovarique gauche très douloureux ; la malade reconnaît bien toutes les couleurs ; son champ visuel est très rétréci, surtout dans la partie interne, et cela des deux côtés.

Les pupilles sont très dilatées, mais égales.

Le pouls est fréquent, dilaté, dépressible. Température très basse, mais plus élevée à droite de cinq dixièmes. T. droite : 35°5 ; gauche : 35° (au matin). Le soir, température ascillaire : 38°.

16. — Même état.

17. — La malade a voulu se lever. Elle se sent bien et n'a plus rien,

sauf encore un léger embarras de la parole. Elle marche bien et descend dans la cour.

Mais le soir, vers une heure, nouvelle attaque semblable à celle de la nuit du 14 : fourmillement partant de la main droite et surtout du petit doigt et de l'annulaire, et remontant dans le bras jusqu'à la face; pas de perte de connaissance.

A ce moment, température axillaire droite : 38°; gauche : 37°8.

A deux heures de l'après-midi, encore une nouvelle attaque; la malade est subitement devenue très rouge, a senti de nouveau des fourmillements dans le bras droit, mais surtout dans le côté droit de la face, qui picotait et brûlait. Les forces sont diminuées du côté droit, la malade s'incline à droite et sent son bras très lourd.

La sensibilité est diminuée, surtout au bras droit, sauf pour l'électricité, qui est bien sentie. Champ visuel très diminué, surtout pour le côté droit; il ne mesure en effet, pour ce côté, que 13 en haut, 19 en dedans et 12 en dehors.

Température axillaire, à sept heures, après l'attaque, à droite : 38°1; à gauche : 38°; à trois heures, à droite : 38°3; à gauche, 37°9.

18. — Depuis hier, on a remarqué des troubles vaso-moteurs considérables du côté droit; chaque piqure d'épingle, même légère, détermine un gonflement de la peau, une papule très rouge. Dans la soirée d'hier et le matin, le bras est demeuré un peu lourd. Elle peut écrire assez lisiblement, mais d'une façon sautillée. Pas d'anesthésie pharyngée.

Pouls fréquent. Température axillaire droite : 38°2; gauche : 38°. Soir, droite : 38°9; gauche : 38°4.

A sept heures du matin, nouvelle poussée, fourmillements partant des trois derniers doigts de la main droite, envahissant le poignet et s'y limitant. La main est engourdie, elle la sent gonflée et elle la perd dans le lit. Elle bredouille, a des bouffées de chaleur à la tête, et la langue est fortement déviée à droite. Tout s'atténue vers neuf heures.

19 (matin). — Nouveaux fourmillements dans toute la région cubitale de l'avant-bras et de la main du côté droit; vers midi, ces fourmillements atteignent l'omoplate droite. Ce bras est très lourd. On constate aujourd'hui une anesthésie à peu près complète du pharynx.

Pouls très fréquent, entre 110 et 120. Ce matin, à 115, dépressible. On avait donné 0 gr. 60 de feuilles de digitale depuis deux jours; on la suspend à cause des vomissements qui se sont produits.

Soir. — Douleur violente au niveau des tempes, avec sensation de battements dans la tête. La respiration est fréquente et saccadée.

A l'auscultation, légère submatité du sommet droit.

En arrière, avec une inspiration rude, une expiration prolongée et légèrement soufflante. Pas de râles. Sueurs abondantes dans la nuit du 18 au 19 et toute l'après-midi.

Le pouls est à 108, très dépressible.

De temps à autre, la malade se plaint d'avoir comme un épais brouillard devant l'œil droit. Température axillaire, matin, droite : 38°3 ; gauche : 37°6. Soir, droite : 39 ; gauche : 38°3.

20. — Très tard, hier soir, la malade a senti une violente poussée congestive vers la tête, avec douleur très vive dans les tempes, avec sentiment de grande lassitude,

Ce matin, la face est très pâle : depuis quelques jours, cette pâleur augmente progressivement, les yeux se cernent et se creusent. La malade se congestionne avec une très grande facilité ; elle a des rougeurs subites très intenses, après lesquelles elle se plaint de souffrir plus vivement de la tête.

Anorexie complète, fatigue très grande.

Mêmes signes du côté des poumons. Pouls très fréquent et faible.

Soir : Yeux cernés et mornes, affaissement encore plus prononcé avec sueurs.

Température axillaire : Matin : droite 38° ; gauche 37°7. Soir : droite 38°8 ; gauche 38°7.

21 matin. — La malade a sué très abondamment cette nuit. La face est très manifestement amaigri et toujours très pâle. Respiration oppressée, fréquente. Le pouls bat 128 fois par minute ; il est dilaté, faible. Au niveau du cœur, battements sourds, profonds ; au premier temps, à la pointe, bruit de souffle qui s'entend à la base et qui paraît être de nature anémique.

Soir. — On trouve la malade toute défaite sur son lit, très triste ; vomissements peu de temps après que la malade a pris quelque chose. Douleurs dans la tête et les reins. De temps à autre, mouvements congestifs vers la tête.

Température axillaire : Matin : droite 38°4 ; gauche 38°. Soir : droite 38°9 ; gauche 38°8.

22 matin. — La malade a beaucoup sué cette nuit. Encore en nage, elle semble dans un bain de vapeur. Elle est très congestionnée. Dou-

leurs très vives dans les reins et la tête. Elle sent encore sa main et son avant-bras droit engourdis.

Pouls 90; un peu plus énergique.

Soir.— Face pâle. Vomissements grisâtres, muqueux; à deux heures elle a voulu manger, mais elle a vomi aussitôt. Pas de douleur à la pression au niveau de l'estomac; la palpation ne permet de rien décélérer du côté de cet organe. Légère oppression respiratoire.

La malade ne tousse pas ou très peu, et l'auscultation du sommet ne donne presque rien; de temps à autre, la malade expectore quelques crachats blanchâtres à parties plus épaisses et plus grisâtres.

Le pouls ne bat plus que 75 pulsations par minute et est énergique.

Au cœur, souffle à la pointe au premier temps, rude, variant d'intensité. Ainsi aujourd'hui il est bien plus rude que hier.

24 février. — Va beaucoup plus mal. Décubitus dorsal, résolution presque complète, paupières baissées, respiration gênée, pâleur de la face. Accentuation des troubles parétiques de la face. Pupilles égales, mais très dilatées.

Pouls 70; régulier, mais devient plus faible. De temps à autre, mouvements congestifs vers la face; alors la malade s'agite, se tourne et se retourne dans son lit, la figure crispée.

Ventre dur et ballonné, constipation, douleur dans la fosse iliaque gauche sans gargouillement. Rien au foie ni à la rate.

Cœur: mêmes signes que précédemment; le deuxième bruit à l'aorte est fortement claqué.

Dans la soirée, perte complète de connaissance: la malade ne répond plus aux questions qu'on lui pose; sueurs profuses de la face, principalement au niveau de la racine du nez et de la lèvre inférieure.

Vésicatoires aux bras, toniques, antiseptiques intestinaux, sulfate de soude 20 grammes. Dans la soirée, une selle demi-molle. L'état de la malade s'aggrave de plus en plus.

27. — Dans la nuit du 26-27, s'est beaucoup agitée; délire considérable sans direction déterminée; parlotte au hasard; on ne comprend rien de ce qu'elle dit.

Ce matin, est très affaissée, en décubitus dorsal, les yeux révulsés en haut, la face pâle, respiration difficile, gémissements.

Pouls 73, plus énergique, plus dur. Le cœur bat fortement, avec des impulsions très énergiques, irrégulières.

La température a baissé, elle est tombée à 37°3.

Exagération excessive des réflexes tendineux du membre supérieur droit.

Parésie de la vessie, on sonde et on retire 2 litres d'une urine très colorée.

Lavement purgatif, excitants, toniques.

Soir. — Un peu moins affaissée, a repris un peu connaissance. Les yeux ne sont plus dirigés en haut, mais les réflexes tendineux augmentent d'énergie.

Le moindre attouchement produit des réflexes énergiques des fléchisseurs de l'avant-bras et la main de la malade vient serrer la nôtre.

Dans la fin de la soirée, la malade se congestionne davantage, gémit.

On retire encore une certaine quantité d'urine de la vessie.

On met un grand vésicatoire à la nuque.

28. — Nuit très mauvaise.

Les mouvements congestifs se sont accentués; l'agitation est devenue considérable vers quatre heures du matin. Bientôt la malade devient très pâle, et alors éclatent des mouvements convulsifs avec soubresauts dans tout le corps. Les yeux se révulsent fortement en haut; écume aux lèvres, pas de sang.

A sept heures et demie du matin, décubitus dorsal, résolution complète, face très congestionnée, couverte de sueurs, l'écume aux lèvres, la respiration stertoreuse.

Les yeux sont rejetés en haut, la tête s'est inclinée vers la droite.

Pupilles très inégales : la droite bien plus contractée que la gauche.

Langue déviée. Les mouvements convulsifs cessent bientôt, mais les réflexes demeurent excessivement exagérés.

T. droite : 38° ; gauche, 37°9. Pouls : 150, très énergique.

Toutes les artères battent violemment. On fait appliquer 8 sangsues derrière les oreilles : lavement purgatif, sinapismes.

A huit heures et demie, les sangsues coulent, la congestion faciale diminue ; yeux très révulsés en haut et à gauche. La pupille droite est toujours plus contractée.

Pouls : 150. Coma. Réflexes très exagérés.

10 heures. Respiration bien difficile. Bruit de drapeau dans la trachée ; narines dilatées, tirage. Pouls excessivement fréquent, très faible. Yeux révulsés en haut ; pupille droite toujours plus contractée.

Après les sangsues, T. 38° à gauche ; 37°3 à droite.

A dix heures et demie, T. 37°7 à gauche ; 37°5 à droite.

La malade meurt à onze heures.

Il manque à notre observation le contrôle de l'autopsie. Néanmoins, les symptômes observés, la comparaison avec les observations précédentes que nous reproduisons dans notre thèse, ne permettent pas le doute.

La maladie paraît débiter brusquement, sans prodromes ; mais, depuis quelque temps déjà, il existait des symptômes qui auraient pu mettre sur la voie du diagnostic : la malade avait, à plusieurs reprises, présenté des manifestations morbides particulières.

Une fois, elle se sentait fatiguée, n'avait plus d'appétit, s'essoufflait vite. Elle avait des palpitations, digérait mal. Une autre fois, elle a un malaise général, de la céphalalgie, des congestions de la face, des douleurs dans les reins et une agitation considérable ; le pouls est rapide, il y a de la fièvre, de la lassitude. Cet état fait songer à la grippe, étant donné l'épidémie qui régnait à ce moment, et une bronchite dont était atteinte la malade.

Puis, tous ces symptômes aigus disparaissent, mais le pouls reste rapide et très émotif, il y a des palpitations, des congestions du côté de la tête, de l'affaissement et un dégoût de tout.

La malade reste dans cet état, jusqu'au moment où survient, la première attaque apoplectiforme, ressemblant à une attaque produite par un ramollissement lent.

Ce début insidieux, ces prodromes ne sont-ils pas l'indice d'une affection organique de l'encéphale ?

Étudions maintenant chacun des symptômes présentés par notre malade, et suivons-le pendant tout le cours de la maladie.

Il y a successivement plusieurs attaques apoplectiformes, caractérisées par un engourdissement subit et passager du

bras droit, atteignant ensuite la face et le cerveau, et laissant après elles une aphasie complète et une parésie du bras droit, mais aphasie et parésie transitoires, disparaissant au bout de quelque temps et se reproduisant après chaque attaque nouvelle. Immédiatement après l'attaque, la malade se trouve dans l'état suivant : elle ne peut plus s'exprimer parce qu'il lui est impossible de trouver les mots pour exprimer sa pensée ; elle ne peut pas finir les phrases même les plus simples ; de plus, elle a de la cécité verbale et de l'agraphie. La réunion de ces derniers symptômes n'est pas le propre de l'hystérie. En effet, un des caractères importants de l'aphasie hystérique, c'est qu'elle est une aphasie motrice sans *cécité ni surdité verbale et sans agraphie* S.-H. Serre, Charcot, Grasset. Enfin, dans le ramollissement cérébral, quand l'aphasie existe elle persiste, et si elle peut être sujette à quelques oscillations, elle ne disparaît jamais complètement comme chez notre malade.

La paralysie suit ici la même marche et les mêmes variations que l'aphasie ; mais alors qu'à la première attaque elle se limitait au bras droit, elle atteint, après les attaques suivantes, toute une moitié du corps.

La maladie semble procéder par poussées, par attaques, et nous savons que cette marche est celle des accidents hystériques, bien que nous ne le trouvions pas dans nos observations de pseudo-méningite. Si nous y ajoutons à cela certains symptômes présentés par notre malade et ressemblant aux stigmates de l'hystérie, on comprend combien notre diagnostic put rester hésitant.

Victorine Mal... a, en effet, du rétrécissement du champ visuel, un point ovarique gauche douloureux, d'autres points douloureux dans les régions sus et sous-mammaire. Elle distingue cependant toutes les couleurs. Elle présente, de plus, une disparition complète de la sensibilité dans le bras paré-

sié ; le sens musculaire y est même aboli ; la malade a perdu jusqu'à la notion de position du membre : il ne reste que la sensibilité électrique qui est conservée. Elle présente du spasme glosso-labié et, quatre jours avant la mort, de l'anesthésie pharyngé. Enfin il y a des troubles vaso-moteurs qu'on pourrait imputer aussi bien à l'hystérie qu'à la méningite.

Ne pourrait-on pas, surtout ici, penser à une pseudo-méningite hystérique, alors que dans les observations que nous connaissons de pseudo-méningite on ne trouve signalé aucun de ces symptômes ?

Cependant certains signes nous firent modifier le diagnostic. C'est d'abord le caractère de l'aphasie : dans l'aphasie hystérique, nous l'avons vu, le malade est simplement muet et aphone ; c'est une espèce d'aphasie motrice sans cécité ni surdité verbales et sans agraphie. Il y a ensuite les manifestations pulmonaires concomitantes, la marche des prodromes, les modifications du pouls, les alternatives de rougeur et de pâleur du visage, l'amaigrissement rapide, la paralysie vésicale, l'attaque épileptiforme de la fin, laissant après elle une exagération des réflexes, une inégalité pupillaire très marquée, du strabisme, une congestion intense de la face, et le coma. De plus, nous savons que l'aphasie, les parésies, l'hémiplégie, sont assez fréquentes dans la méningite tuberculeuse, comme le démontrent nos autres observations.

Tout cela nous permet de poser le diagnostic suivant : Méningite tuberculeuse avec prédominance des lésions au niveau des centres psycho-moteurs du côté gauche, et plus particulièrement au niveau de la circonvolution de Broca.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic entre la méningite tuberculeuse et les accidents pseudo-méningitiques survenant dans l'hystérie n'est pas chose facile.

Nous avons vu, en effet, que presque tous les symptômes de la méningite peuvent se retrouver dans l'hystérie avec les mêmes caractères.

On a bien dit que la pseudo-méningite tuberculeuse procède par crises, par soubresauts, mais nous voyons cette évolution manquer dans plusieurs cas de pseudo-méningite et nous la rencontrons très nettement chez notre malade atteinte de méningite tuberculeuse et dans plusieurs autres observations de la même maladie.

La constatation des stigmates de l'hystérie est d'un grand secours pour diagnostiquer la pseudo-méningite hystérique, et cependant nous retrouvons chez la malade de notre observation XVIII un rétrécissement du champ visuel, des zones douloureuses correspondant aux points hystérogènes sus et sous-mammaire et ovarique gauche, et une anesthésie localisée à un bras ; chez un autre malade, l'anesthésie est localisée à la cuisse.

« Le pouls dans l'hystérie peut être ralenti ou accéléré ; on ne l'a jamais trouvé irrégulier comme dans la méningite

vraie » (Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891, p. 206). La première partie de cette proposition est vraie, mais nous trouvons quelques cas de méningite vraie où le pouls reste régulier.

Il est cependant un caractère du pouls qui est fréquent : c'est que, très rapide au début dans la méningite tuberculeuse, sa fréquence diminue après un certain temps pour remonter quelques jours avant la mort. Ce caractère peut passer inaperçu dans les cas de méningites restées longtemps latentes et où la mort arrive rapidement après les premiers accidents graves constatés.

La température dans la méningite est très variable suivant les cas, et on la voit parfois rester normale jusqu'à la fin.

Ainsi aucun des symptômes les plus constants n'est pathognomonique.

« Les accidents pseudo-méningitiques dans l'hystérie, par leur mode de début, par l'évolution successive des symptômes dont l'ensemble constitue presque la caractéristique de la phlegmasie méningée tuberculeuse : la céphalalgie violente, les vomissements, la diplopie, le délire, le ralentissement du pouls, la tache dite méningitique, la constipation opiniâtre, simulent merveilleusement la méningite tuberculeuse. Seuls, la connaissance des antécédents du sujet, de l'existence de troubles imputables à l'hystérie, la température qui ne s'éloigne pas de la normale, permettent de soupçonner l'intervention de la névrose et de rester pour le diagnostic dans une sage réserve (Chantemesse). »

Ainsi, on devra rechercher avec soin la présence des stigmates permanents de l'hystérie, de même qu'on recherchera les antécédents tuberculeux du malade, et à plus forte raison les manifestations tuberculeuses existant déjà chez le

malade. Mais il faut pas oublier qu'un hystérique peut être tuberculeux et qu'un tuberculeux peut être hystérique.

Ce n'est que par la connaissance des antécédents du sujet, ce n'est qu'en observant la marche de la maladie, qu'on peut arriver à fixer son diagnostic.

Nous sommes convaincu qu'on pourra presque toujours y arriver en analysant bien son malade et en examinant chaque symptôme en particulier.

Ainsi, un malade qui aura des vomissements, de la constipation, de la céphalalgie, des contractures, des paralysies, etc., pourra être seulement hystérique; mais, s'il pâlit, s'il maigrit rapidement, si ses pupilles deviennent irrégulières, s'il a du strabisme et surtout s'il a des manifestations pulmonaires tuberculeuses, on pourra affirmer le diagnostic de méningite.

Si, au contraire, bien que les principaux symptômes de la méningite tuberculeuse existent, il n'y a pas de paralysie dissociée des muscles de l'œil, si l'amaigrissement ne se produit pas, s'il n'y a pas de phénomènes congestifs du côté de la face et surtout s'il y a des antécédents hystériques ou nerveux, on pourra affirmer qu'il n'y a pas de méningite tuberculeuse, et fermement attribuer les accidents à la névrose.

Un autre signe qui pourra aider au diagnostic, c'est l'aphasie que nous ne rencontrons dans aucune des observations de pseudo-méningite que nous avons sous les yeux, et qui a des caractères bien particuliers dans la méningite.

La paralysie partielle, dissociée des muscles de l'œil, qui est d'une extrême fréquence dans les lésions matérielles des centres nerveux, est, au contraire, excessivement rare dans l'hystérie. L'examen du fond de l'œil est aussi d'un grand secours.

Enfin, on pourra se baser sur les modifications que les pa-

roxysmes hystériques entraînent dans la composition chimique de l'urine. Il a été démontré, en effet (Gilles de la Tourrette et Cathelineau), que le paroxysme se juge par un abaissement du taux de l'urée, du résidu fixe et par une inversion de la formule des phosphates : « A savoir : que le rapport des phosphates terreux qui, chez l'hystérique normal et chez l'homme sain, est aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, devient comme 1 est à 2, ou 1 à 1. »

Tout dernièrement, Chantemesse a fait ressortir la portée pratique de ces recherches et a montré que de cette façon la pseudo-méningite hystérique se range définitivement dans la catégorie des attaques ou des états de mal.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de la pseudo-méningite hystérique est presque toujours bénin. Au bout d'un certain temps, brusquement ou peu à peu les accidents disparaissent. Mais ils peuvent laisser après eux des signes de leur passage : ce sont des paralysies, des anesthésies et d'autres troubles quelconques habituels de l'hystérie qui peuvent persister longtemps, mais qui disparaissent à leur tour.

La pseudo-méningite est sujette à récidives; enfin elle peut être mortelle, et le docteur Comby, à la Société médicale des hôpitaux (26 novembre 1892), cite un cas où la mort est survenue sous forme d'attaque durant la convalescence.

Nous ne connaissons pas d'autre fait de mort dans ces conditions.

Bien plus sombre est le pronostic de la méningite tuberculeuse, et presque tous les auteurs affirmaient, il y a peu de temps encore, qu'elle ne guérissait jamais.

Cependant Rilliet, Hahn, Trousseau, Fonssagrives, citent des cas authentiques de guérison. La thèse de Chantemesse contient plusieurs observations de méningite guérie, entr'autres celle d'un homme mort de tuberculose pulmonaire et chez lequel on trouva la pie-mère tapissée de granulations tuberculeuses guéries et passées à l'état fibreux.

Enfin, un de nos excellents maîtres, M. le professeur agrégé Sarda, en cite lui aussi un exemple, et nous renvoyons ceux qui voudraient se faire une idée de la curabilité de la méningite au travail qu'il a publié dans le *Montpellier médical*.

« La méningite tuberculeuse est curable ; la preuve en est dans les exemples de guérison, sans infirmité consécutive, des méningites survenues au cours d'une tuberculose pulmonaire, méningites ayant présenté le tableau classique de la méningite granuleuse ; elle réside aussi dans la constatation anatomique des granulations méningées passées à l'état fibreux.

» Il est bien certain que les cas de guérison seraient plus fréquents, si l'on avait étudié plus tôt les formes anormales de cette affection, et que quelques guérisons ont dû être mises sur le compte d'autres maladies » (Sarda).

La guérison sera d'autant plus facile que la lésion sera plus limitée et plus éloignée de la base, et nous savons combien ces lésions limitées sont fréquentes chez l'adulte. Nous pouvons donc induire, sans trop nous avancer, que la méningite tuberculeuse guérit plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la pseudo-méningite hystérique doit s'adresser aux symptômes. On donnera, suivant les circonstances, des purgatifs, des antispasmodiques, des analgésiques. On soutiendra les forces du malade; une fois les symptômes méningitiques disparus, on fera le traitement ordinaire de l'hystérie.

Pour la méningite tuberculeuse, le traitement doit être fait d'une façon méthodique et dès le début.

Sarda a bien posé les indications de ce traitement qui sont les suivantes : 1° s'attaquer au fond lymphatique ou scrofuleux qu'on retrouve souvent chez les malades ; 2° lutter contre le travail de pullulation du bacille ; 3° empêcher ou ralentir la formation de dépôts plastiques ; 4° réveiller le mouvement fluxionnaire ; 5° soutenir les forces du malade.

Tous les toniques, et en particulier ceux du système nerveux, seront ici de mise.

On appliquera au début de larges vésicatoires aux bras et aux jambes ; plus tard, lorsque l'état fluxionnaire aura diminué, on pourra faire sur le cuir chevelu des applications de vésicatoires ou de pommades irritantes.

On donnera, à doses fractionnées, le calomel qui remplira le double but d'agir comme antiseptique et comme purgatif.

Enfin un médicament dont la valeur n'est pas contestable et qui remplit les trois premières indications, c'est l'iodure de potassium.

C'est en effet, un agent constitutionnel, nécrophytique, et il s'oppose à la formation de produits plastiques. Il est de plus un excellent médicament antibacillaire et antiscrofuleux.

L'iodure de potassium est en effet très efficace, si l'on en juge par les témoignages des médecins et de Fonssagrives en particulier : « Je dois à l'iodure de potassium un bon nombre de guérisons de méningite granuleuse, tandis qu'avant de recourir à cette médication, je perdais tous mes malades. »

On le donnera d'emblée à la dose de 4 à 6 grammes par jour chez l'adulte.

On ajoutera, suivant les cas : le café pour lutter contre le coma ; le bromure de potassium ou de sodium pour combattre les phénomènes d'excitation.

CONCLUSIONS

I. — Il peut se produire chez les hystériques un syndrome d'apparence méningitique, avec ou sans fièvre, caractérisé par une céphalalgie violente, des vomissements, de la constipation, de l'hyperesthésie sensitive et sensorielle et des contractions partielles.

II. — La méningite tuberculeuse, chez l'adulte, peut présenter certains symptômes rappelant ceux de l'hystérie.

III. — Ces symptômes au début peuvent seuls attirer l'attention et dérouter le médecin.

IV. — Il n'y a pas de signe pathognomonique permettant de faire le diagnostic ; ce n'est qu'en observant la marche de la maladie et en connaissant les antécédents du sujet qu'on arrivera à le faire.

V. — Pour la pseudo-méningite, on se basera sur les antécédents nerveux et sur la présence des stigmates de l'hystérie.

VI. — Si le malade pâlit, s'il se produit un amaigrissement rapide, si ses pupilles deviennent irrégulières, s'il y a une paralysie dissociée des muscles de l'œil, s'il y a des alternatives de rougeur et de pâleur du côté de la face, de la parésie vésicale, et surtout des manifestations pulmonaires tuberculeuses, on pourra affirmer le diagnostic de méningite tuberculeuse.

VII. — L'examen du fond de l'œil est ici d'un grand secours.

VIII. — Enfin on pourra se baser sur les modifications que les paroxysmes hystériques entraînent dans la composition chimique de l'urine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Apoplexie hystérique (Revue de Hayem, XXIX, 139).
Apoplexie d'hémiplégie (Revue de Hayem, XXX, 518).
BABINSKI. — Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux (Soc. médic. des hôpitaux, 11 novembre 1892).
BARDOL. — Hystérie simulant les maladies organiques de l'encéphale chez les enfants (Th. Paris, 1893).
BLANCHI. — Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte (Gaz. degli ospitali, 1885, n° 35).
BLOCK. — Mercredi médical, 26 février 1890.
BOINARD. — Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie (France médicale, février 1883).
BUZZARD. — Hystérie simulée par une affection organique du système nerveux (Lancet, 8 février 1890).
CARRIER et TUJA. — Pseudo-méningite hystérique (Lyon médical, 4 décembre 1892).
CHANTEMESSE. — Méningite tuberculeuse de l'adulte (Th. Paris, 1883-1884, n° 124).
CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux; t. III.
— Leçons du mardi, 1889, p. 522.
COMBY. — Un cas d'hystérie convulsive terminé par la mort (Soc. méd. des hôpitaux, 11 novembre 1892).
DAMASCHINO. — Leçons, 1887.
DAVID. — Aphasie hystérique (Th. Paris, 1883-1884, n° 113).
GHILARDUCCI. — Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau (Archives de neurologie, novembre 1892).
GOURAUD et MARTIN-DURR. — Syndrome hystérique simulateur d'une lésion organique protubérancielle (Archives générales de médecine, mars 1891).

GILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.

GRASSET. — Cliniques.

— Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

— Traité des maladies nerveuses.

GRENIER (René). — Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions applicables (Thèse d'agrégation, 1886, n° 21).

GUTTI. — Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte (Gaz. degli ospitali, 1885, n° 35).

JACCOUD. — Méningite tuberculeuse chez l'adulte (Semaine médicale, 25 novembre 1891).

JUVIGNY. — Méningite tuberculeuse du nouveau-né et de l'adulte (Th. Paris, 1885-86, n° 336).

LYONNEL-MÉLOIR. — Méningite tuberculeuse. Sa forme épileptique chez l'adulte (Th. Paris, 1887-88, n° 299).

— Médecine moderne, 24 septembre 1891.

MOREL. — Méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques cas de formes anormales (Th. Paris, 1886-87, n° 239).

Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, V, 6, 1892.

OLLIVIER. — Association française pour l'avancement des sciences, 20^e session.

PETER. — Les signes de premier ordre dans les méningites tuberculeuses (Gaz. des hôpitaux, 21 août 1886).

PITRES. — Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.

QUINQUETON. — Hystérie chez l'homme. Difficulté dans certains cas du diagnostic entre cette affection et la phthisie pulmonaire au début (Th. Paris, 1885-86, n° 299).

Société médicale des hôpitaux, 11 novembre 1892, 25 novembre 1892.

SORNAS. — Th. de Paris, 1887.

TOURNANT. — Th. de Paris, 1892.

TUJA. — Un cas de pseudo-méningite hystérique (Province médicale, 26 novembre 1892).

VIVANT. — Méningite tuberculeuse de l'adulte. Forme apoplectique (Th. Paris, 1885-86, n° 245).

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 4 juillet 1893.

Le Recteur,

J. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 4 juillet 1893.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
